

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

**Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo  
masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina**

**Dissertação de Mestrado**

**Sara Wainberg**

**Porto Alegre  
2004**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

**Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina**

**Sara Wainberg**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques

**Porto Alegre  
2004**

SARA WAINBERG

---

Profa. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques (Orientadora)

---

Profa. Dra. Nara Bernardes

---

Profa. Dra. Marta Júlia Lopes

---

Profa. Dra. Tânia Mara Galli Fonseca

Porto Alegre, abril de 2004.

Dedico este trabalho a meu pai, José Wainberg (*in memoriam*), pelo incentivo e apoio durante toda a minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, irmãos e familiares, que sempre torceram pelo meu sucesso.

A Sergio, por todo o amor, carinho e paciência.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques, pela sabedoria e preciosa orientação em todas as fases desta pesquisa.

A todos os professores do Mestrado, em especial Dra. Cláudia Maria Perrone, Dr. Henrique Nardi, Dra. Marta Júlia Lopes e Dra. Tânia Galli Fonseca.

À Profa. Ms. Renata Bastos Dellaméa, pelas impressões e compreensão nos momentos de desabafo.

Aos colegas do Mestrado, em especial, Daniela, Letícia e Miriam.

À doutoranda Denise Mairese, pela motivação.

Aos amigos Arlindo Nelson Ritter e Maria Denise Teixeira Limeira, pelo companheirismo em vários momentos.

À amiga Tatiana Quarti Irigaray, acadêmica de psicologia da UFRGS e minha estagiária em Psicologia, pelo apoio.

Às secretárias Ângeli e Michele, pelo atendimento sempre amigável.

Às bibliotecárias e funcionários das bibliotecas da Psicologia e Enfermagem, pelo constante atendimento afetuoso e de extrema qualidade.

À Associação dos funcionários, pelo fornecimento de dados importante e pela disponibilidade incondicional no esclarecimento de minhas dúvidas.

A todos os entrevistados que participaram desta pesquisa, por terem aceitado compartilhar comigo suas experiências e vivências de trabalho.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	VII
<b>ABSTRACT</b> .....	VIII
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	14
1.1 Hospital: origem e trajetória histórica .....	14
1.2 A profissionalização da Enfermagem .....	18
1.3 A divisão sexual no trabalho da Enfermagem .....	22
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	31
2.1 Objetivos .....	31
2.2 Questões norteadoras .....	31
2.3 Modo de investigação .....	32
<b>3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	37
3.1 Caracterização da instituição .....	37
3.2 Descrição da categoria funcional .....	38
3.3 Descrição dos participantes .....	39
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	54
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	57
<b>APÊNDICES</b> .....	60
Apêndice A: Termo de consentimento .....	61
Apêndice B: Roteiro da entrevista .....	62

## RESUMO

A constituição do espaço hospitalar como organização de trabalho mostra uma progressiva divisão sexual de tarefas e uma feminilização da Enfermagem, já que, em todo o mundo, são as mulheres que constituem o contingente mais numeroso de pessoas envolvidas em atividades de cuidado e atenção à saúde. Todavia, apesar de ser uma atividade majoritariamente feminina, tem aumentado o número de profissionais do sexo masculino que buscam essa área. Assim, este estudo teve como objetivo identificar as experiências e vivências dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino em exercício num espaço de trabalho socialmente representado como feminino. Optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa (Minayo, 1996), utilizando-se a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados, cujo conteúdo foi analisado de acordo com uma adaptação da proposta de Bardin (1988). Colheu-se o depoimento de 12 auxiliares de enfermagem do sexo masculino que trabalham em unidades de um hospital geral cujo percentual de homens é menor do que 15%. Constatou-se que a escolha profissional se fez em função da estabilidade de emprego e, em alguns casos, representa uma ascensão social. Os auxiliares de enfermagem entrevistados procuram demonstrar comportamentos heterossexuais e exercer atividades associadas a atributos masculinos, como a força física. Identificam também, entre os pacientes, uma preferência pela divisão de tarefas segundo os atributos socialmente identificados como masculinos e femininos. Com base na teoria das minorias numéricas, proposta por Kanter (1977) e adaptada por Heikes (1991), verificou-se que ocorre uma maior visibilidade dos auxiliares masculinos, uma polarização entre dominados e dominantes nas relações sociais e uma certa assimilação do estereótipo do papel masculino associado a alguns atributos como a força física.

Palavras-chave: Enfermagem, gênero, minorias numéricas.

## **ABSTRACT**

The establishment of the hospital environment as a labor organization shows a progressive split of tasks based on gender which is confirmed by the fact that women are the largest constituent of the professionals involved in activities dedicated to health care. This study had the objective of identifying the experiences of male nursing assistants in an environment socially recognized as feminine. A qualitative approach developed by Minayo (1996) was chosen to perform the research employing semi-structured interviews as a data collection technique and analyzing their results according to an adaptation of a method proposed by Bardin (1988). Statements were collected from a total of 12 male nursing assistants working in departments of a general hospital where men represent less than 15% of the employee population. The research confirmed that the professional choice was made based on the security of this sort of job and, in some cases, on social ascension. The interviewed male nursing assistants seek to demonstrate heterosexual conduct and to practice manly activities that show their physical strength. They also point out the preference patients show for the separation of tasks according to attributes socially identified as either male or female. Based on the theory of numerical minorities proposed by Kanter (1977) and adapted by Heikes (1991), the following characteristics have been verified: a greater visibility of male nursing assistants, a polarization between dominated and dominators in the social relationships, and a certain assimilation of the male role stereotype associated to physical force.

Keywords: Nursing, Gender, Numerical Minorities



## INTRODUÇÃO

*“Nossa herança e nossos projetos se materializam por e pelo trabalho, ponto de intersecção entre o presente e o futuro, sinônimo de história” (Wanderlei Codo<sup>1</sup>, 1991, p.9).*

A sociedade ocidental vive um momento em que uma nova base tecnológica permite e acelera a consolidação de uma sociedade multirradial e de um processo de disjunção entre as várias esferas da vida social. Constitui-se uma nova ordem informacional, onde relações, tradições e identidades negociam com identificações, alianças e processos de legitimação construídos à distância, num complexo movimento que, ao mesmo tempo, descentra-se e desloca-se, reforçando e reconfigurando as identidades sociais, o sentido de lugar e o sentimento de pertinência.

Cada homem constrói sua história singular ao compartilhar o cotidiano com os outros. O processo de construção de sua identidade se dá ao longo de sua inserção no mundo. A identidade significa não apenas o que se é, mas quem se é, situada no tempo e no espaço sociais, ela se constitui como uma experiência cultural. Marisa Eizirik (2002) comenta que em razão do atual estilhaçamento da trama simbólica, característico do mundo moderno, a questão do sujeito se coloca de forma crucial. Nessa articulação, a ação do sujeito enquanto alguém que age sobre o presente e o real, não só se diferencia e se reconhece nas singularidades de sua própria existência, mas também de uma condição num determinado tempo, historicamente constituído. A presença do outro é, dessa forma, condição de possibilidade para a constituição e afirmação da identidade.

---

<sup>1</sup> Apesar das normas de apresentação de trabalhos científicos definirem que somente o último sobrenome do autor deve ser registrado em sua referência no texto, adotou-se uma proposta de redação que utiliza seus prenomes na primeira citação ocorrida, seguindo recomendação de Nara Bernardes (1989).

Para Maria Juracy Siqueira (1997), a identidade de gênero pode ser entendida dentro deste dinamismo como uma das facetas da identidade do sujeito. Em se tratando de gênero como uma categoria relacional e sócio-histórica, há que se considerar, portanto, a constituição da identidade de gênero como um percurso constituinte e constituído na trajetória do sujeito interativo, a partir das inúmeras relações que este sujeito traça com os outros que partilham mediata ou imediatamente sua experiência.

O trabalho também desempenha uma função essencial na vida dos sujeitos, não só pelo fato de ser fonte de seu sustento, mas também pela capacidade de produzir relações entre os indivíduos. Por estar vinculado ao social através de uma atividade produtiva, o indivíduo adquire reconhecimento como sujeito social. Codo (1991, p.56) comenta que “a vida dos homens não deve ser reduzida apenas ao trabalho, mas, por outro lado, não pode ser compreendida em sua ausência”. Nesse sentido, o trabalho aparece como um operador fundamental na própria constituição do sujeito, como um espaço de construção de sentido, de conquista, de identidade, de continuidade e de historicização do sujeito.

A divisão sexual do trabalho, em que as mulheres plantavam e os homens caçavam, aliada a um desenvolvimento econômico geral da humanidade, oriundo principalmente do domínio da agricultura, fez com que a espécie humana se fixasse e perdesse gradativamente seu caráter nômade (Suzana Albornoz, 1995). No decorrer da história, essa divisão sexual de tarefas adquiriu contornos específicos perpassados por relações de poder e dominação. Segundo Pierre Bourdieu (1996), a dominação masculina, que é uma forma particular de violência simbólica, existe de um lado, nas coisas, por exemplo, nas divisões espaciais entre os espaços femininos e masculinos e, por outro lado, nas mentes, sob forma de princípios de visão e de divisão, classificando os sujeitos por meio de duplas de adjetivos (homem/mulher, masculino/feminino, bom/ruim, etc.).

É nesse sentido que o autor comenta, em uma outra obra (Bourdieu, 1988) que as diferenças sexuais estão inseridas e submersas num sistema de oposições antropológicas e cosmológicas que são constitutivas de uma visão e de uma experiência de mundo. Enquanto toda a diferença sexual particular é arbitrária quando tomada isoladamente, a oposição masculino/feminino é dotada de uma necessidade objetiva e subjetiva, pelo fato de estar ‘emaranhada em’, ser ‘sustentadora de’ e ‘sustentada por’ um inextricável e inexaurível sistema de oposições homólogas, as quais, todas elas, se reforçam mutuamente.

Tomando como exemplo o interior do hospital contemporâneo, percebe-se uma visível divisão sexual de tarefas. A profissionalização progressiva da Enfermagem<sup>2</sup> culminou na definição social desse espaço como feminino, no qual se enumera uma força de trabalho predominantemente composta por mulheres, que alcança mais de 90% de seu total (Tânia Mara Fonseca, 1996). Em todo o mundo, as mulheres constituem o contingente mais numeroso de pessoas envolvidas nessa atividade, bem como nas demais atividades de cuidado e atenção à saúde. O fenômeno de feminilização da Enfermagem, ou de um encaminhamento seletivo das mulheres para essa área, é explicado pela tipificação sexual dos papéis considerados apropriados cultural e socialmente à mulher.

De certa forma, as atividades profissionais da Enfermagem são muito próximas daquelas realizadas prioritariamente pela mulher em seu ambiente doméstico, tais como cuidar, organizar e atender às necessidades básicas do ser humano. Sendo assim, esse campo de atuação se constitui num exemplo da concepção de trabalho baseada em ‘qualidades naturais’ do indivíduo – nesse caso, da mulher – ao invés de qualificações que requerem algum tipo de instrução, preparo ou formação prévia. A partir dessa perspectiva, pode-se entender a Enfermagem como um prolongamento das atividades de cuidado e atenção à saúde que as mulheres têm assumido, historicamente, em relação a suas famílias e à comunidade. Todavia, isso gera uma depreciação da profissão, marcando a base da hierarquização e diferenciação valoral das relações, tanto entre esses profissionais e os demais trabalhadores do interior das instituições, quanto no interior da própria profissão.

A maioria dos trabalhos acadêmicos conduzidos dentro das linhas de pesquisa sobre as relações de gênero na Enfermagem tem privilegiado as experiências e vivências de trabalhadores do sexo feminino. Nesse trabalho, em contrapartida, a construção do objeto de pesquisa teve início por meio de observações<sup>3</sup> sobre o pouco número de homens no campo da Enfermagem, quando surgiram questões mobilizadoras para o direcionamento deste estudo. Partindo dessas primeiras considerações, procurou-se fundamentar teoricamente as temáticas envolvidas nesse trabalho, por meio de um levantamento bibliográfico.

---

<sup>2</sup> Com exceção das situações em que será definida a categoria profissional que se está referenciando, de uma forma geral, a expressão Enfermagem será utilizada como área e profissão, englobando auxiliares, atendentes, técnicos e graduados.

<sup>3</sup> Essas observações se fizeram possíveis por meio de experiência profissional com equipes de saúde, inclusive na área hospitalar.

Dessa forma, essa dissertação se centra nas **experiências e vivências do auxiliar de enfermagem do sexo masculino em uma profissão majoritariamente feminina, bem como na dinâmica que se estabelece em seu contexto laboral.**

Segundo Jaqueline Tittoni (1994), as expressões *vivência*, da tradição dejouriana, e *experiência*, inspirada em Thompson, encontram-se muito próximas do que pode ser entendido como as formas pelas quais os trabalhadores vivenciam suas atividades, suas relações pessoais e hierárquicas, o ambiente de trabalho e outros elementos que compõem o cotidiano de trabalho. Segundo a autora, ao se referir à vivência, está também se referindo à experiência.

A experiência abrange aspectos variados como costumes, regras, formas simbólicas de dominação, leis, instituição, entre outros, que pressionam e partilham o espaço social e histórico. As vivências dizem respeito ao trabalhador e nem sempre variam no mesmo sentido. Assim, por exemplo, condições que podem parecer adversas para alguns podem ser vivenciadas como positivas por outros. Tittoni (1994) cita a contaminação por produto químico que pode ser considerada por um técnico como patológica ou vivenciada como uma possibilidade de demonstração de vigor e coragem por parte de outros trabalhadores. Acredita-se que a importância de se construir um trabalho perpassado pelas experiências e vivências do homem na Enfermagem é mais uma tentativa de contribuir para os estudos acerca das construções de gênero em espaços socialmente definidos como femininos ou masculinos.

O primeiro capítulo apresenta a fundamentação teórica para esse tema, onde se descortina as origens e a trajetória histórica do hospital contemporâneo, em que trata do hospital como local de trabalho, seu desenvolvimento ao longo da história e sua inserção no contexto social. A seguir, aborda-se a questão da profissionalização da Enfermagem, mostrando a trajetória da constituição dessa área, desde seus primórdios até sua oficialização no Brasil. Enfim, tratam-se das relações de gênero que se constroem no interior do hospital, considerando-se a Enfermagem como um espaço socialmente definido como feminino.

O segundo capítulo elucida os procedimentos metodológicos adotados nesse estudo, definindo-se os objetivos geral e específicos, as questões norteadoras e o modo de investigação da pesquisa.

O terceiro capítulo descreve a caracterização da Associação dos funcionários onde foi promovida a pesquisa e da população estudada, definindo as características dos seguintes tópicos, pertinentes à melhor compreensão desse estudo: (1) instituição a qual a Associação dos funcionários está vinculada; (2) situação geral da categoria de auxiliares de enfermagem na instituição; (3) apresentação dos trabalhadores que integraram da pesquisa.

O quarto capítulo apresenta os resultados, relacionando-os com o referencial teórico apresentado no capítulo primeiro, buscando compreender as articulações entre gênero e trabalho, na constituição das experiências e vivências do auxiliar de enfermagem do sexo masculino, em um espaço socialmente entendido como feminino, no interior do hospital contemporâneo.

O último capítulo destaca os principais resultados encontrados, elaborando algumas considerações finais acerca do auxiliar de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão feminilizada, considerando sua inserção e permanência nessa atividade, bem como sua relação com os demais profissionais no interior do hospital e com pacientes de ambos os sexos.

## **1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **1.1 Hospital: origem e trajetória histórica**

As origens do hospital e suas transformações têm sido objeto de estudo de diferentes autores. Tal instituição já existia na Grécia e Roma antigas, onde os templos criados para homenagear deuses serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Há registros de hospitais em países como China, Ceilão e Egito, antes e depois de Cristo, onde pessoas caridosas patrocinavam e cuidavam de quem necessitasse de qualquer tipo de auxílio.

As crescentes mudanças econômicas e sociais trazidas com o mercantilismo impuseram, gradativamente, alterações nos hospitais ocidentais em resposta às necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações européias. Foram estabelecidas leis e posturas de caráter coletivo, criando hospitais gerais e dispensários para, dentro de limites toleráveis, deter as epidemias, cujos principais financiadores e interessados eram os negociantes, os mercadores e os novos ricos, que se sentiam ameaçados, tanto nos negócios como em suas próprias vidas, na avaliação de Sérgio Miceli (1992).

De acordo com Michel Foucault (1993), o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não era o doente que era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo. O hospital era visto como um local para morrer, um morredouro, onde as pessoas doentes recebiam atendimento físico, material e espiritual e eram separadas da população em geral, por serem perigosas à saúde desta. O pessoal que cuidava dos pacientes não visava à cura das enfermidades, mas à salvação, tanto dos moribundos quanto a sua, por se tratar de uma obra caritativa que garantiria a salvação de suas almas.

O que mobilizou uma mudança do paradigma do hospital foi, antes de tudo, a necessidade de eliminar os efeitos negativos, provocados pela concentração de doentes. Foi constatado que o hospital, ao invés de ser um local de tratamento, era um local de transmissão de doenças, entre as próprias pessoas internadas e para a população das cidades que o circundavam. As mudanças foram iniciadas nos hospitais militares e marítimos, através da introdução de um regime disciplinar (Foucault, 1993). O autor entendia o poder disciplinar como uma técnica de gestão do homem para controlar suas multiplicidades e utilizá-las ao máximo no seu trabalho, graças a um regime de poder suscetível de controlá-las. As reformas se fizeram a partir de um reordenamento administrativo e político, com mudanças na estrutura e no poder: o hospital militar, por exemplo, perante o investimento no adestramento do soldado – e conseqüente valorização do seu corpo –, buscou sua cura e recuperação sempre que doente ou ferido, bem como outras medidas que impedissem sua deserção, quando da hospitalização ou do retardo no retorno às suas atividades.

Ao final do século XVIII e início do século XIX, num contexto de transformações sociais, a burguesia se consolidou como classe dominante, especialmente na Inglaterra, verificando-se grandes transformações nas práticas de assistência à saúde da população. Assistiu-se, no hospital disciplinado, medicalizado e tido como um local terapêutico, uma reorganização administrativa em que o topo da hierarquia, até então ocupado pelo pessoal religioso, passou a ser preenchido pelo médico, o novo detentor do saber especializado requerido pela instituição.

Analisando a institucionalização do trabalho médico nos hospitais, Denise Elvira Pires (1989) considera que as transformações das relações de trabalho, com a conseqüente imposição do saber oriundo da Medicina, elevou os médicos ao papel de legítimos representantes desta ciência, passando eles a exercerem o poder e o controle das instituições encarregadas do cuidado à saúde da população. Desta forma, aos enfermeiros, quer fossem religiosos ou leigos treinados, assim como aos boticários, ficou a incumbência de desempenhar tarefas de apoio, subordinadas dentro de uma ação de saúde coletiva. Ao médico, designou-se a etimologia, a sintomatologia e a evolução das doenças, sendo delegado à Enfermagem a aplicação dos medicamentos e os cuidados básicos ao doente e aos boticários, o controle e a manipulação dos medicamentos.

Somente após a redução sensível da mortalidade por infecções e à medida que alojamentos diferenciados foram instalados é que as pessoas ricas e remediadas passaram a utilizar o hospital como local terapêutico. E, somente a partir da metade do século XX, com a produção industrial de equipamentos e quimioterápicos, é que o hospital assumiu novas especificidades. Assim, mudaram, com o tempo, suas características, sua finalidade, sua administração, seu corpo funcional, seus instrumentos e processos de trabalho. Além disso, o hospital contemporâneo incorporou outras missões, entre elas a de adiar a morte, torná-la indolor e ocultá-la, pois “não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a” (Herval Ribeiro, 1993. p. 28). Desta forma, aos poucos se definiram as muitas missões do hospital contemporâneo: algumas explícitas, de caráter meritório e de grande relevância social; outras, implícitas, reproduzindo as formas e os modos de produzir de cada sociedade.

As instituições<sup>4</sup> funcionam como mediadoras e reguladoras da sociedade como um todo e, deste modo, reproduzem sua lógica e seus interesses. Transformam-se em conjunto com a sociedade e se adequam constantemente aos interesses do Estado e do poder ideológico, político, econômico vigente em um dado momento histórico. A sociedade e as instituições se influenciam reciprocamente, de forma permanente; cumprem um papel construído na sociedade e funcionam como mediadoras dos processos sociais e como forças organizadoras da sociedade (José Leopoldo Antunes, 1991). Segundo Gareth Morgan (1996), as relações que se dão no interior das instituições reproduzem fortemente a relação da sociedade de classes e preparam os indivíduos para sua melhor adequação às necessidades do sistema capitalista, tornando-se, ao mesmo tempo, reprodutoras de valores e símbolos sociais. Assim, através das diversas instituições, nas quais os indivíduos se relacionam durante sua trajetória de vida, constroem-se sujeitos adequados ao sistema.

Segundo Ribeiro (1993), o hospital, como uma oficina de consertos, num processo contínuo, consome outras coisas que o fazem uma instituição complexa, sendo um local privilegiado, onde essas e outras mercadorias, principalmente as de maior valor de uso e conseqüentemente de troca – entre elas o trabalho – podem ser vendidas. Na perspectiva de

---

<sup>4</sup> O termo instituição é definido, no dicionário, como qualquer complexo integrado por idéias, padrões de comportamento, relações inter-humanas e, muitas vezes, um equipamento material, organizado em torno de um interesse socialmente reconhecido (Henriette Michaelis, 2002). Georges Lapassade (1983), um dos autores clássicos em Psicologia Institucional, define instituição tanto como grupo social oficial (empresas, escolas, sindicatos, etc.) quanto como o sistema de regras em si, que determinam a vida desses grupos.



Marta Júlia Lopes (1995), o aparecimento, a evidencialização e a possibilidade de tratamento de novas doenças contribuíram para uma complexificação do hospital, gerando uma interdependência dos profissionais nessas instituições. Por isso o hospital é um dos ambientes mais adequados para se observar a segregação das atividades da área de saúde, uma vez que, com o aumento da complexidade das funções, há a emergência de novas e múltiplas profissões, bem como de novas atividades para os profissionais. Esses fatores, em conjunto, introduzem novos processos no ambiente hospitalar, que, por sua complexidade, necessitam de ações coletivas, abrindo espaço para manifestações de diversidades e disputas profissionais.

O hospital, em sua estrutura moderna de organização, busca a eficiência e a competência, por meio da chamada divisão racional do trabalho. Ainda, utiliza a hierarquia para viabilizar o exercício da racionalidade no processo administrativo e o exercício da autoridade, com base no saber. Esta característica, comum a todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos, configura, na perspectiva de Maria Auxiliadora Trevizan (1988), o hospital como uma organização burocrática<sup>5</sup>.

O hospital, ao incorporar significativas mudanças, vem transformando, cada vez mais, suas características de *'ofício em processo tecnológico de trabalho'*<sup>6</sup>. Apesar da decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas, esta é acompanhada de uma integração, por meio de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, mas dependendo substancialmente, ainda, do conhecimento e da destreza do trabalhador (Ana Maria Pitta, 1994).

A autora entende que, enquanto espaço de trabalho, o hospital incorporou as modificações introduzidas nos processos produtivos de modo geral. A organização do trabalho, ou seja, as jornadas prolongadas, os ritmos acelerados, a pressão claramente autoritária e repressora em decorrência de uma hierarquia rígida e verticalizada, a inexistência

---

<sup>5</sup> O termo burocracia pode ser utilizado em vários sentidos e o seu emprego no âmbito popular está relacionado às características do modo de gestão burocrático, como a obediência estrita a normas e regulamentos que, por sua vez, podem tornar as tarefas administrativas prolongadas, complicadas e até mesmo ineficientes, ao menos do ponto de vista do usuário do serviço. Jean-François Chanlat (1996) descreve a organização burocrática como aquela instituição que se caracteriza por uma organização do trabalho extremamente rígida e verticalizada, com difícil comunicação entre os níveis hierárquicos, atividades rotineiras e monótonas, entre outros fatores. Para o autor, além dessas características, o modo de gestão burocrático também se caracteriza por uma regulamentação escrita onipresente, grande importância conferida aos especialistas e técnicos, controles muito sofisticados, centralização do poder, autonomia relativamente fraca para os patamares inferiores e um direito de expressão muito limitado.

<sup>6</sup> As expressões *'ofício'* e *'processo tecnológico de trabalho'* são, originalmente, utilizadas por Pitta (1994).

ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, a perda do controle sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, conseqüentemente de quem o realiza, são alguns elementos presentes no trabalho hospitalar, fáceis de serem identificados na gênese do sofrimento psíquico.

## **1.2 A profissionalização da Enfermagem**

Segundo Maria José de Lima (1993), desde a Antiguidade, as mulheres cuidavam dos idosos, das crianças e dos doentes. O trabalho relacionado ao cuidado e à assistência à saúde dos enfermos era realizado por mulheres. Todavia, com base nos relatos de Hipócrates, sobre escravos (homens), previamente treinados por médicos, executando atividades terapêuticas, Carl Wright e John Hearn (1993) acreditam que os primeiros enfermeiros foram homens. Na Grécia Antiga, o cuidado, na esfera pública, era predominantemente fornecido por homens; enquanto que apenas na esfera privada, os enfermos eram cuidados pelas mulheres. Os romanos – que foram um dos primeiros povos a prover um atendimento médico no campo de batalha, fornecido em hospitais móveis – aproveitaram o conhecimento das técnicas médicas, de cuidado e assistência aprendidas pelos soldados (homens) durante as batalhas, para serem posteriormente aplicadas aos pacientes civis.

Para Lima (1993), as mulheres se dedicavam à cura das doenças e ao atendimento ao parto e às crianças recém-nascidas. Esse trabalho feminino foi muito perseguido pela corporação médica e pelas Igrejas Católica e Protestante em toda Europa, provocando a sua exclusão da vida pública, assim como de pessoas que se ocupavam da saúde da população (Pires, 1989). Durante a Idade Média na Europa, o cuidado e a assistência à saúde foram realocados às instituições religiosas, sendo oferecidos por diversas ordens (masculinas e femininas), que se utilizavam dessa prática como ideal de manifestação das crenças católicas.

Esses movimentos religiosos auxiliaram a Enfermagem a se tornar feminilizada, pois nesses locais a mulher medieval podia praticar o curandeirismo sem o risco de ser acusada de bruxaria (Bruce Brown, Peter Nolan e Paul Crawford, 2003). Todavia, segundo Pires (1989), do século XIV em diante, consolidou-se um processo de exclusão de mulheres, associado às grandes mudanças sociais na Europa, como o desenvolvimento do capitalismo e

fortalecimento do Protestantismo. As mulheres, que continuavam envolvidas com tarefas de prestação de cuidados, eram de um *status* social inferior e estavam ocupadas com atividades menos valorizadas; com exceção das parteiras, que conseguiram manter seu prestígio dentro das atividades de cuidado e atenção à saúde.

Na Europa, a Enfermagem não surgiu como ofício até o século XIX. Somente 400 anos após a estruturação das atividades de cirurgiões e médicos, a partir de 1860, é que a Enfermagem se configurou como profissão, com a criação da primeira escola para formação de enfermeiras e prestadoras de cuidados (Pires, 1989), no Hospital Saint Thomas, sob direção de Florence Nightingale. Considerando características como docilidade, cuidado, afetividade, misericórdia, ternura e generosidade como essencialmente femininas e, necessariamente, ligadas à Enfermagem, Nightingale contribuiu para o processo de feminilização da profissão (Brown, Nolan e Crawford, 2003). Seu bom relacionamento com pessoas importantes no governo da época fez com que ela conseguisse referendar sua idéia de estreita relação entre Enfermagem e feminilidade, bem como sua crença de que essas características entendidas como naturalmente femininas não se encontravam, de maneira alguma, nos homens, denunciando instituições que mantivessem enfermeiros homens em seu quadro de funcionários. Os autores acreditam que essa hostilidade ao homem na Enfermagem foi responsável pelo crescente desvio na proporção entre homens e mulheres, durante o final do século XIX e o início do século XX.

No Brasil, surgem, no século XVIII, referências a um determinado tipo de trabalho, que pode ser identificado como precursor das atividades de Enfermagem (Pires, 1989). No nível domiciliar, o cuidado dos doentes era realizado pela mãe ou escravos treinados; no nível das instituições, como nas enfermarias dos jesuítas e posteriormente nas santas casas, essas atividades eram assumidas por congregações religiosas que se encarregavam de organizá-las e administrá-las. Segundo Pires (1989), “as atividades das parteiras, das curiosas e dos entendidos também podem ser consideradas como precursoras das atividades de Enfermagem” (p.54). Essas atividades localizam esse trabalho como parte das atividades domésticas das mulheres ou como trabalho escravo e, quando realizadas em instituições, como atividades complementares a outras profissões. A exceção era o trabalho das parteiras, considerado como atividade livre e autônoma, reproduzindo o quadro europeu.

Até meados do século XX, uma boa parte da Enfermagem no Brasil era praticada por congregações religiosas vindas da Europa que se preocupavam com a formação de recursos humanos e o atendimento aos doentes, alicerçando suas práticas em valores como o amor, a abnegação e o desprendimento. Já havia, contudo, formação leiga de parteiras, nas Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia (Lei de 3/10/1832), sendo que, pelo Decreto nº 791, de 27/09/1890 criou-se, no Hospício Nacional de Alienados, uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, visando à preparação de profissionais para manicômios e hospitais (Trevizan, 1988).

Entretanto, somente em 1923, a Enfermagem profissional brasileira passou a ser reconhecida oficialmente pelo Decreto nº 1630/23, de 31/12/1923, com o surgimento da primeira Escola de Enfermagem no Brasil, inspirada nos ensinamentos de Florence Nightingale. Com um enfoque profilático, foi denominada Escola Dona Ana Néri, em homenagem à enfermeira brasileira que se destacou na Guerra do Paraguai. Segundo Pires (1989), sua criação pode ser considerada como marco histórico da estruturação da Enfermagem como profissão no país, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o exercício profissional.

Visto que a Enfermagem brasileira foi estruturada a partir de um projeto sanitário, tendo como base o modelo norte-americano de ensino e serviços de saúde, foram trazidas enfermeiras dos Estados Unidos para o Brasil, para iniciar esse trabalho, organizando a escola e o serviço de Enfermagem com enfoque na saúde pública, no Rio de Janeiro. Todavia, a profissão continuou sendo praticada pelas religiosas na área hospitalar (Trevizan 1988; Pires, 1989).

Salienta-se a década de 40 do século XX como o período que se inicia no Brasil a Enfermagem Moderna e a sua profissionalização. A Medicina curativa foi o referencial do sistema de saúde e o centro de referência foi o hospital. Isso não significa afirmar que a Enfermagem não atuava na área curativa, mas não com a ênfase que a partir de então passou a exercer essas atividades. “Na década de 50, surgiu a preocupação em organizar os princípios científicos que devem nortear a prática de Enfermagem. Até então, a Enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição” (Maria Cecília Almeida, 1986, p.68). Foi também na década de 40 que surgiu a primeira escola de auxiliares de enfermagem e, no

final da década de 60, foi implantado o primeiro curso de formação de técnicos de enfermagem. Em 1962, ocorreu a inclusão do grupo de enfermeiros no catálogo geral das profissões.

Maria Borges (1981) registra que, a partir da década de 70, a saúde começou a ser privatizada. Nesse período, os profissionais de Enfermagem de nível superior se concentraram nos hospitais públicos, enquanto as instituições particulares, para reduzir custos, contrataram mais auxiliares de enfermagem. A partir de 1975, a Enfermagem é exercida por uma equipe formada por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem com formação em terceiro, segundo e primeiro graus, respectivamente. O trabalho na Enfermagem se caracteriza por divisão técnica, isto é, a mesma tarefa pode ser exercida por vários trabalhadores em parcelas; cada categoria desempenha a tarefa de acordo com a complexidade que lhe compete.

Segundo Almeida (1986), a prática da Enfermagem não é exercida em toda a sua extensão pelo enfermeiro, pois cada agente de Enfermagem é um trabalhador parcial e o enfermeiro assume o controle administrativo. A autora relata que o profissional era preparado para cargos de chefia, mas o saber estava no cuidado do paciente; ocupava estes cargos porque este era o mercado de trabalho disponível, distanciando-se da assistência direta ao paciente, que ficava aos cuidados do auxiliar de enfermagem. O fato de o trabalho manual ser desprestigiado poderia ser uma das razões pelas quais o enfermeiro se distanciou das atividades técnicas e passou a executar mais atividades burocráticas, como afirma Vera Regina Waldow (1995). O enfermeiro passou a delegar ao auxiliar de enfermagem as atividades manuais e se dedicou mais à supervisão e ao gerenciamento da unidade.

Atualmente, o enfermeiro com formação acadêmica é um profissional preferentemente assalariado e executa o trabalho mais intelectual e de gerência da assistência de enfermagem, desempenhando, em relação aos outros profissionais, suas atividades com relativa autonomia. Ocorre uma divisão técnica tanto nas especialidades médicas como nas diferentes categorias hierarquizadas (Pires, 1989). Desta forma, a Enfermagem atua nas áreas de saúde pública (prevenção da saúde, proteção da saúde e prevenção das doenças) e na área hospitalar (enfoque curativo e de reabilitação), ensino (formando e preparando recursos humanos das diversas categorias de Enfermagem) e pesquisa (com enfoque em melhorar a assistência, cuidados e administração dos serviços de Enfermagem e saúde do trabalhador).

Ao referir-se aos efeitos das cargas mentais ou psíquicas sobre os trabalhadores de enfermagem, Ivone Bulhões (1994) considera como principal problema o próprio ambiente "sócio-profissional hospitalar", destacando a organização do trabalho, a crescente complexidade das técnicas médicas e os problemas relativos à hierarquia. Segundo a autora, ainda não há métodos eficazes para medir a fadiga decorrente das cargas mentais<sup>7</sup> e psíquicas ocasionadas pelo trabalho hospitalar. Pitta (1994) chama a atenção, no entanto, para a positividade também constitutiva do trabalho na área da Enfermagem:

(...) o contato direto com o paciente, na nobre função socialmente valorizada de cuidá-lo e provê-lo dos elementos essenciais à sua subsistência e recuperação, se constitui num fator de proteção à saúde psíquica do trabalhador da área. Mesmo assisti-los no seu leito de morte, ultrapassando cotidianamente a barreira do medo e da comiseração de um outro submetido aos seus cuidados, são estímulos suficientes para desencadear um deslocamento, para fins valorizados social e narcisisticamente, da energia libidinal que de outra forma poderia resvalar para uma via sintomática (p.185).

Pensar o trabalho hospitalar e o papel dos diferentes profissionais, também está ligado a uma análise da divisão sexual do trabalho. No hospital, é reproduzida a divisão sexual do trabalho como princípio organizador da produção capitalista, assim como a questão de classe, hierarquizando saberes, qualificações e qualidades profissionais.

### **1.3 A divisão sexual no trabalho da Enfermagem**

É notável a presença marcante de indivíduos do sexo feminino como uma característica dos trabalhadores hospitalares e, principalmente, com relação à Enfermagem. Segundo Lima (1993), o conhecimento teórico da Enfermagem exige que, nas análises dos diversos aspectos da profissão seja incorporada a perspectiva do gênero, tornando possível a visualização crítica e a discussão das implicações políticas que afetam esta profissão majoritariamente feminina.

---

<sup>7</sup> Esta autora utiliza o conceito de carga mental como um estado de mobilização global do trabalhador, resultante de uma execução de tarefas que implicam a exigência de tratamento de informação complexa para que sejam realizadas.

As atividades de Enfermagem, no mundo do trabalho, se assemelham às atividades das mulheres no mundo privado, tais como limpar, organizar, alimentar, entre outras. Por sua vez, considerando a Enfermagem em termos profissionais, Lima (1993) destaca a importância de analisar a significação de seu exercício, como profissão majoritariamente feminina: “tanto pela situação objetiva, quanto pela influência subjetiva dos modelos ideológicos difundidos na sociedade, nos quais interferem elementos conservadores de gênero” (p.49).

Durante muito tempo, o sexo biológico serviu como base para estudos sobre diferenças individuais que procuravam tornar científica a crença de que homens e mulheres se diferenciavam não apenas nos aspectos biológicos, mas também em dimensões psicológicas. As pesquisas orientadas por essa concepção consideravam a masculinidade e a feminilidade como pólos de uma única variável psicológica contínua (Maria Alice D’Amorim, 1989).

O movimento feminista da década de 60 começou a questionar o valor funcional do sistema de papéis sexuais vigente, fazendo com que o termo sexo – considerado como uma referência para as categorias de masculino e feminino, sob o aspecto biológico – fosse substituído pelo termo gênero, que se refere à soma das características psicossociais estereotipicamente consideradas como apropriadas aos membros de cada grupo sexual (Sandra Bem, 1981; Phyllis Katz, 1986; D’Amorim, 1989).

Segundo Maria Lúcia Andrade (1997), o uso do termo sexo não permite a observação das diferenças entre homens e mulheres – construídas historicamente – enquanto o uso do termo gênero pressupõe que essas diferenças de condição levam a uma estrutura social desigual e hierarquizada. Para Eleonora Oliveira (1997), o termo gênero é utilizado para tornar-se explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural, construído hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos. Para ela, o termo sexo reportaria a um significado biológico, enquanto gênero é utilizado na perspectiva de relações e representa uma elaboração cultural sobre o sexo.

Gênero, no conceito de Joan Scott (1995), clássica referência nesse tema, é a primeira maneira de se dar significado às relações de poder, visto ser um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças entre os sexos. A autora ressalta que não se refere à noção de um poder social unificado, coerente e centralizado, mas a uma perspectiva foucaultiana de poder. Para Dagmar Meyer (1996), tais idéias

apontam para uma compreensão e análise deste poder hegemônico como efeito do confronto contínuo e permanente de poderes inerentes às relações sociais mais diversas (econômicas, sexuais, científicas, políticas, étnicas, etc.) que se processam entre todos os indivíduos e/ou grupos nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais (p.46).

O movimento feminista ocasionou, entre outras implicações, uma reorientação nas pesquisas sobre diferenças individuais, que passaram a considerar a masculinidade e a feminilidade como duas dimensões independentes, que se encontram presentes ao mesmo tempo no indivíduo, em maior ou menor grau (Bem, 1981).

As investigações sobre essas dimensões têm sido objeto de diferentes estudos e pesquisas com base epistemológica, teórica e metodológica diferenciadas, cita-se, por exemplo, as propostas sobre identidade de gênero. Segundo Katz (1986), a identidade de gênero se complementa com um ‘senso de masculinidade ou feminilidade, uma aceitação de um gênero que, em geral, se complementa com a consciência de um sexo biológico’, e se incorpora ao auto-conceito do indivíduo (Janet Spence, 1985). A identidade de gênero refere-se, portanto, à auto-percepção de atributos instrumentais, orientados para a realização de metas, ou expressivos, orientados para o contrato interpessoal, que definem os papéis culturalmente reconhecidos, respectivamente, como típicos do gênero masculino ou feminino.

As explicações sobre os processos responsáveis pela identidade de gênero têm sido desenvolvidas a partir de três principais abordagens: a teoria psicanalítica, a teoria da aprendizagem social e a teoria do desenvolvimento cognitivo. Enquanto a teoria psicanalítica acentua o papel das motivações internas na aquisição da identidade de gênero, a teoria da aprendizagem social (Walter Mischel, 1966) se detém no papel que os fatores ambientais desempenham nesse processo. Postula-se, portanto, que a criança aprende os comportamentos associados aos papéis sexuais através da observação e imitação dos modelos reais ou simbólicos de seu próprio gênero, bem como através das recompensas que recebe pela emissão de comportamentos adequados ao mesmo, e das punições decorrentes dos comportamentos inadequados. Neste sentido, os pais são propostos como modelos potenciais e fontes de reforçamento iniciais para a criança.

A teoria do desenvolvimento cognitivo (Laurence Kohlberg, 1966) enfatiza a importância dos mecanismos cognitivos e dos estágios de desenvolvimento como mediadores



da formação da identidade de gênero. Desse modo, ao contrário da teoria da aprendizagem social, que realça o papel desempenhado pelos adultos, a teoria do desenvolvimento cognitivo acentua o papel ativo da criança nesse processo.

Para Spence (1984; 1985), a aquisição do conjunto de características e comportamentos associados ao gênero se constitui em um fenômeno complexo, que sofre diversas influências, entre as quais se incluem as expectativas sociais sobre o papel sexual, os valores, as crenças e as práticas educacionais dos pais, e as habilidades e capacidades cognitivas da criança. A autora salienta, entretanto, que um dos fatores essenciais na formação da identidade de gênero é a busca da aprovação social. Portanto, a criança tende a organizar seu auto-conceito escolhendo, entre muitas dimensões de personalidade possíveis, aquelas definidas como próprias a seu sexo, procurando evitar as demais, num esforço para obter a aprovação das pessoas que lhe são significativas. Desse modo, ela passa a se identificar com pessoas de seu próprio sexo, adquirindo atributos e comportamento que a sociedade considera como adequadas ao seu gênero. Uma vez estabelecida, essa identidade exerce uma forte e contínua influência, fazendo com que sejam buscados, cada vez mais, os sinais visíveis de masculinidade ou feminilidade, culturalmente definidos.

Pode-se verificar, portanto, que tanto Bem (1981) quanto Spence (1984; 1985) rejeitam a visão tradicional de que a masculinidade e a feminilidade se constituem em pólos opostos de uma única dimensão, compartilhando, ao contrário, a concepção de que a masculinidade e a feminilidade consistem em características independentes, capazes de estar presentes num mesmo indivíduo, ao mesmo tempo. Por outro lado, ambas as autoras consideram que a identidade de gênero consiste em um fenômeno aprendido, que sofre a mediação de processos cognitivos. Além disso, atribuem uma grande importância às expectativas sociais desenvolvidas em conformidade com os estereótipos sexuais, os quais determinam os atributos e comportamentos típicos para cada sexo, bem como ao papel desempenhado pelos agentes socializadores na formação da identidade de gênero.

A divisão sexual no interior de algumas instituições, como o hospital, passa, necessariamente, pela noção de cuidado de saúde enquanto ação concebida como feminina. Devido às suas particularidades, conforme Lopes (1996a), o trabalho da Enfermagem acaba sendo comparado ao trabalho doméstico. De certa forma, ele não é contabilizado e, assim, não tem ressaltado seu valor econômico. Seguindo uma cadeia de desvalorização, não tendo seu

valor econômico ressaltado, não tem seus direitos respeitados, acrescentando-se ainda, que o desprestígio, a subordinação e a subalternidade deste trabalho advêm do caráter social e histórico dessas tarefas ‘femininas’. O trabalho feminino é, assim, duplamente subalterno: apesar de igualmente apto, é mais barato, menos reivindicativo e submisso. Reorganizando a divisão sexual do trabalho, o capital e o Estado utilizam, maciçamente, mão-de-obra feminina, em atividades antes do âmbito doméstico. Opera a cisão entre a prática religiosa e a técnico-profissional na área da saúde, porém, mantendo-se inalterado o prestígio social da mulher, que agora é trabalhadora assalariada.

Segundo a autora, “as fronteiras da ‘masculinidade’ e da ‘feminilidade’ são relativamente móveis e parecem em certa medida depender das exigências do sistema produtivo a cada período histórico” (p.60) e “os valores simbólicos e vocacionais da Enfermagem constituem um exemplo da concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades (e não qualificações) ditas naturais” (p.57). A divisão sexual do trabalho vai se apoiar sobre uma tipologia de ‘indivíduo feminino’, em suas características psicológicas. Assim, conforme Fonseca (1996),

(...) a naturalização do social dá-se, no caso do gênero, pela transfiguração de sentido pela qual passam as questões do que é ser mulher e do que é ser homem, numa determinada conjuntura, pela biologização daquilo que, na verdade, foi culturalmente criado. Nas relações de gênero, a divisão entre os sexos não apenas diferencia, mas subordina e desiguala as mulheres em relação aos homens. Concebidas como entidades negativas e identificadas pelo que não possuem, as mulheres são colocadas em oposição homóloga aos homens (p.68).

A autora comenta ainda que a dicotomização entre tratar e cuidar define os espaços territoriais dos personagens que trabalham no interior do hospital: de um lado, os médicos, aos quais se atribui a legitimização da qualificação profissional e, de outro, o pessoal da Enfermagem, dos quais se espera uma atitude de ‘auxiliar’ do médico, não importando qual seja o nível de sua qualificação profissional.

Referindo-se às representações em torno do curar e do cuidar, Rosane Pereira (1995) afirma que as representações em torno do curar, afastar a doença, atribuições essas ligadas ao fazer (saber) médico, são simbolicamente mais significativas do que as representações ligadas ao cuidado do corpo, como administrar e ensinar, ligados ao papel feminino. Para ela, "a cura

é impregnada de simbolismos, enquanto que o cuidado é visto como um ato banal e repetitivo do cotidiano feminino" (p. 19). Assim, a atribuição de curar corpos doentes é conferida, sobretudo à Medicina, restando muitas vezes à Enfermagem um caráter subsidiário e subalterno ao ato médico de curar, como se cuidar e curar não se conjugassem em um mesmo esforço, sendo ambos necessários e complementares (Lopes, 1996b; Pereira, 1995).

Lopes (1996a) afirma que não se pode falar de rivalidades de sexo no interior do cuidado, como se faz, por exemplo, em relação a enfermeiras e a médicos. No imaginário social, o lugar dos homens não é certamente 'cuidando'. Esse universo é por excelência feminino, na medida em que ele veicula conotações de debilidade, de doença, de dependência, etc. Um universo, portanto, desvalorizado para a identidade social do homem, e que significa uma afronta à sua identidade sexual, enquanto quer dizer o contrário em relação à identidade feminina.

Carolyn Mackintosh (1997) adverte que, apesar da história da Enfermagem concentrar-se quase que exclusivamente no estudo da dominação feminina dessa ocupação, homens têm trabalhado como enfermeiros desde os primórdios da profissão, realizando funções de cuidados em áreas como hospícios, enfermarias, serviços militares e associações privadas. A autora comenta que ao se fazer um levantamento histórico da Enfermagem, percebe-se que tanto homens quanto mulheres tiveram papéis importantes na constituição da profissão. Contudo, o *ethos* da Enfermagem européia foi alterado por Florence Nightingale e Mrs. Fenwick, ao difundirem a idéia da predisposição feminina ao cuidado e atenção à saúde, tão de acordo com o ideal feminino da Inglaterra vitoriana.

No Brasil, principalmente devido à ideologia nightingaleana da Enfermagem, o trabalhador do sexo masculino só começou a ser necessário com a segmentação da profissão em diferentes áreas, encaminhando-se, assim, para áreas específicas, prioritariamente relacionadas à força física, tais como Psiquiatria, Tratamento Intensivo, Cirurgia, Emergência, Neurologia, Traumatologia e Ortopedia. Álvaro Pereira (1999) comenta que "parece que o trabalho pesado tem acompanhado o homem ao longo da sua inserção na história profissional" (p.61). Almerinda Moreira (1995) acredita que, no caso da Enfermagem brasileira, uma seleção de enfermeiros do sexo masculino ocorreu na Psiquiatria, principalmente por essa ser considerada uma área '*mais pesada*', ou seja, de maior desgaste físico e emocional.

Baseada na análise da introdução da mulher em posições tradicionalmente masculinas, que ocorreu nas últimas duas décadas, Elisabeth Kanter (1977a) desenvolveu uma teoria sobre a interação grupal, baseada na proporção numérica de um grupo, para explicar a experiência interacional dos *tokens* (minorias numéricas). Kanter (1977a, 1977b) declara que um determinante importante do modelo de interação grupal entre maioria e minoria é a proporção de pessoas que integram a maioria em relação à minoria do grupo. Quanto menor o grupo da minoria, menos sucesso eles tendem a ter, em relação ao grupo padrão. Assim, Kanter (1977b) argumenta que “grupos com proporções variantes de pessoas, de tipos sociais diversos, diferem qualitativamente em dinâmica e processo” (p. 966).

O processo da autora para descrever a composição de grupos define grupos desviantes como tendo uma grande preponderância de uma categoria sobre a outra, superior a uma proporção de 85:15. Nessa situação, as pessoas que integram o grupo das minorias são chamadas de *tokens*, visto que elas são tipicamente tratadas como símbolos ou representações da sua categoria, ao invés de serem vistas como indivíduos. De acordo com a autora, o *status* de *token* é associado a três condições que criam respostas que adversamente afetam o desempenho dos membros da minoria:

- 1) **Visibilidade:** alta visibilidade cria uma pressão sobre o desempenho, que pode resultar em uma atuação ou muito boa ou muito ruim. Em ambas as situações, *tokens* atuam em desvantagem;
- 2) **Polarização:** a presença de *tokens* leva a uma polarização dentro do grupo. As características que distinguem os *tokens* dos dominantes são percebidas pelos dominantes como de grande importância, mesmo se essas características são irrelevantes para o desempenho das tarefas. Isso leva ao isolamento dos *tokens*, especialmente durante a interação informal;
- 3) **Assimilação:** as características individuais do *token* são percebidas como se encaixando em estereótipos existentes sobre aquele grupo. Essa assimilação de indivíduos com papéis estereotipados leva a uma fixação dos papéis estereotipados. Quando a assimilação ocorre, o único comportamento do *token* que é aceitável para os dominantes é aquele conforme o estereótipo. Ao invés de criarem dissonância para os dominantes por desafiar o estereótipo, muitas vezes, é

mais fácil e mais seguro para os *tokens*, aceitar os papéis estereotipados tradicionais.

Kanter (1977b) acredita que os *tokens* operam sobre um número de desvantagens no local de trabalho. O isolamento social pode excluir *tokens* de situações em que uma aprendizagem importante sobre tarefas e procedimentos relacionados com o trabalho tem lugar e evita que eles sejam reconhecidos por seus espaços. A pressão sobre o desempenho faz com que o erro seja mais difícil para o *token* ou então permite menos opções de comportamento. O maior estresse experimentado pelos *tokens* pode também requerer energia adicional para manter uma relação de trabalho satisfatória. Finalmente, considerando-se que a fixação dos papéis inibe algumas formas de expressão pessoal, *tokens* podem estar inaptos para se engajarem em atividades ou tarefas que eles achem atrativas. Em resumo, a autora acredita que proporções numéricas criam uma dinâmica interacional peculiar dentro do grupo. Essa dinâmica afeta como as minorias (*tokens*), que são tipos particulares dos membros do grupo, influenciam e são influenciados dentro daquele grupo.

Considerando a idéia de que a experiência interacional dos *tokens* femininos seja similar àquela de qualquer minoria numérica, Joel Heikes (1991) reexaminou a teoria de proporção dos grupos, especificamente aplicadas à vivência de *tokens* masculinos, realizando um estudo com enfermeiros homens que revelou que enquanto eles experimentavam a dinâmica interacional associada com o *tokenismo* que Kanter (1977a, 1977b) descreveu, suas experiências diferiam substancialmente daquelas dos *tokens* femininos, devido aos fatores sócio-culturais de interação. Os enfermeiros do sexo masculino não só reagem diferentemente das colegas em suas experiências laborais, como, principalmente, a impressão pessoal desses trabalhadores sobre essas experiências, ou seja, a vivência experimentada por esses sujeitos, se mostrava totalmente diferente daquela experimentada pelas trabalhadoras, no que diz respeito à visibilidade, polarização e assimilação.

O autor concluiu que, embora o sistema de Kanter (1977a) seja aplicável a enfermeiros homens, muitas das diferenças que eles experimentam, comparadas com os *tokens* femininos, são atribuídas às definições sócio-culturais de ‘masculinidade’ e ‘feminilidade’, bem como assuntos baseados na questão de gênero. Desta forma, enquanto a autora considera as diferenças contextuais na interação grupal, Heikes (1991) acredita que fatores sócio-culturais,

conjuntamente com as proporções do grupo, influenciam fortemente os modelos de interação entre enfermeiros.

Portanto, com relação à questão de gênero são muitos os estudos e pesquisas com bases epistemológicas diferenciadas. No exame da relação gênero e trabalho, é importante considerar tal diversidade, entendendo-a como possibilidades de compressões diversas sobre um mesmo fenômeno, possível de ser interpretado segundo paradigmas teóricos diversos.

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 Objetivos**

#### Objetivo Geral

- Identificar, nas experiências e vivências dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino em um espaço de trabalho majoritariamente feminino, a articulação entre as categorias gênero e trabalho.

#### Objetivos Específicos

- Visibilizar as experiências e vivências profissionais perpassadas pela questão de gênero, numa profissão feminilizada;

- reconhecer os modos de inserção e manutenção dos profissionais do sexo masculino num ambiente predominantemente feminino;

- analisar a dinâmica que se constrói na intersecção da articulação gênero e trabalho, numa profissão majoritariamente feminina.

### **2.2 Questões Norteadoras**

- Quais as experiências e vivências do auxiliar de enfermagem masculino enquanto trabalhador em uma profissão majoritariamente feminina?

- Como e por que se dá a inserção e permanência do auxiliar de enfermagem masculino em um espaço de trabalho majoritariamente feminino?
- Como se articulam as relações profissionais entre os auxiliares de enfermagem masculinos e os demais profissionais de ambos os sexos no interior do hospital?
- Como se articulam as relações entre os auxiliares de enfermagem masculinos e os pacientes de ambos os sexos?

### **2.3 Modo de Investigação**

A efetivação desta pesquisa se deu por intermédio da Associação dos funcionários de um hospital geral<sup>8</sup>, que se colocou como facilitadora na sua realização, tanto na divulgação da mesma, quanto na alocação de seu espaço físico. Tal intermediação se julgou relevante, pois se constituiu em um espaço identificador do trabalhador – onde ele se sente mais à vontade para falar de seu ambiente de trabalho – e, também, no intuito de chamar a atenção dessa Associação para as questões pertinentes às relações de gênero no ambiente de trabalho hospitalar. Os participantes foram devidamente informados do caráter do estudo, quando da assinatura de um Termo de Consentimento (Apêndice A).

Dentre as categorias profissionais alocadas na área de Enfermagem, selecionou-se a de auxiliar de enfermagem por caracterizar-se como aquela mais diretamente ligada à prestação de assistência e ao cuidado do paciente, características primordiais da feminilização do trabalho de Enfermagem, segundo a literatura. Os auxiliares de enfermagem são os responsáveis pelas tarefas mais intensas e repetitivas, apesar de social e financeiramente menos valorizadas. São os auxiliares, portanto, que convivem mais tempo e mais de perto com os doentes, anotando com detalhes as suas reações, o que, para Pitta (1994), encarna a autêntica atribuição do hospital – vigiar a vida e a morte dos internados.

Reside aí o principal argumento para privilegiar neste estudo o grupo de auxiliares, já que se objetiva conceber um processo de qualificação técnica e humana para o trabalho cotidiano de quem, efetivamente, assiste o paciente no hospital. Além disso, segundo dados fornecidos pela Associação dos funcionários do hospital local do estudo, a categoria dos

---

<sup>8</sup> Não há identificação nominal por não ter sido autorizado pela instituição.



auxiliares de enfermagem do sexo masculino é aquela numericamente mais expressiva (14,32%) dentre os profissionais do sexo masculino da área de Enfermagem da instituição, contemplando 151 dos 1054 trabalhadores dessa categoria. Também se pôde verificar, por meio de uma análise cronológica das contratações, um aumento das contratações dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino ao longo dos últimos anos:

**Quadro 3.1: Contratações de auxiliares de enfermagem masculinos desde 1967 a 2003.**

<b>Período</b>	<b>Contratações do sexo masculino</b>
1967 – 1971	1
1972 – 1976	3
1977 – 1981	12
1982 – 1986	8
1987 – 1991	28
1992 – 1996	18
1997 – 2001	60
2002 – 2003	21
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>

Dos auxiliares de enfermagem em exercício, optou-se que os respondentes deveriam ter uma atuação igual ou superior a três anos de profissão, para garantir uma vivência mínima na função, evitando o estudo de sujeitos caracterizados como transitórios na profissão. Também, no intuito de ampliar qualitativamente o grupo, abarcando diversas experiências e vivências do trabalho hospitalar, definiu-se por estudar aqueles trabalhadores que atuassem em diversos setores hospitalares, nos diferentes turnos de trabalho.

Assim, ainda no final de 2001, foi feito o primeiro contato com a Associação dos funcionários do hospital geral, que forneceu uma listagem de todos os auxiliares de enfermagem, contendo nome, data de contratação, área e setor de atuação e turno de trabalho. A partir desta listagem, foi possível realizar-se um levantamento dos profissionais, caracterizando os respondentes de acordo com requisitos previamente estabelecidos: sexo masculino; atividades com características de prestação de assistência e cuidado ao paciente (a partir da área e setor de atuação); mínimo de três anos de experiência na profissão (a partir da data de contratação); e diferentes turnos de trabalho.

Partindo-se dos 151 auxiliares de enfermagem do sexo masculino do hospital e considerando-se que o estudo se direciona a auxiliares de enfermagem do sexo masculino com experiência mínima de três anos na função, foram descartados aqueles com contratação posterior a 2001 (21 indivíduos), resultando num grupo de 130 indivíduos. A partir desse grupo, ainda foram descartados 48 profissionais que estavam cedidos para outros postos ou unidades hospitalares ou encontravam-se afastados de suas atividades no momento da realização do estudo, finalizando em 82 auxiliares de enfermagem do sexo masculino passíveis de serem entrevistados.

**Quadro 3.2: Distribuição dos auxiliares de enfermagem masculinos em unidades**

<b>Unidade</b>	<b>A2001*</b>	<b>A/T**</b>	<b>(%)***</b>
Posto 4#E: infectologia	4	6/18	<b>33,33</b>
Posto 3#B2: urologia	4	4/12	<b>33,33</b>
Posto 3#C: medicina interna	7	8/25	<b>32,00</b>
Posto 1#B: cirurgia	6	7/22	<b>31,82</b>
Emergência	14	16/52	<b>30,77</b>
UTI	11	16/57	<b>28,07</b>
Hemodiálise	3	3/11	<b>27,27</b>
Sala de recuperação	7	8/32	<b>25,00</b>
Posto 3#D: medicina interna/infectologia	4	4/21	<b>19,05</b>
Posto 3#B1: medicina vascular	3	4/23	<b>17,39</b>
Centro cirúrgico	8	11/74	<b>14,86</b>
Posto 4#B1: neurologia	3	3/21	<b>14,28</b>
Posto 4#C: pneumologia/cirurgia torácica	2	2/16	<b>12,50</b>
Posto 1#C: cirurgia geral	2	2/18	<b>11,11</b>
Posto 2#D: gestação de alto risco	1	1/11	<b>9,09</b>
Centro obstétrico	2	2/26	<b>7,69</b>
Posto 4#B2: gastroenterologia	1	1/17	<b>5,88</b>
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>98/468</b>	<b>20,94</b>

\* Grupo composto por todos os auxiliares de enfermagem do sexo masculino com experiência mínima de 3 anos na profissão, ou seja, contratados até 2001.

\*\* Relação entre todos os auxiliares do sexo masculino (A), considerando-se também aqueles contratados após 2001, visto que esses, apesar de não serem passíveis de depoimento nesse estudo, também integram o ambiente de trabalho e contribuem para o cálculo das minorias, e o número total (T) de auxiliares na unidade.

\*\*\* Porcentagem de todos os auxiliares do sexo masculino e o número total de auxiliares na unidade.

O quadro 3.2 mostra que alguns setores apresentam uma concentração significativa de profissionais do sexo masculino, confirmando a tendência apresentada por Pereira (1999) e Moreira (1995) da seleção desses profissionais, na Enfermagem, para áreas específicas, caracterizadas pela necessidade da força física, e/ou pela natureza da tarefa, e/ou pelo maior desgaste físico e psíquico, tais como urologia, infectologia, medicina interna, cirurgia, emergência, UTI, entre outras.

A partir desse grupo, definiu-se como auxiliares passíveis de serem entrevistados aqueles que integram grupos caracterizados por Kanter (1977a, 1977b) como minorias numéricas, ou seja, cuja proporção da maioria em relação à minoria seja igual ou inferior a 15%. Dessa forma, o estudo foi realizado com os trabalhadores das seguintes unidades: centro cirúrgico, neurologia, pneumologia e cirurgia torácica, cirurgia geral, gestação de alto risco, centro obstétrico e gastroenterologia.

**Quadro 3.3: Distribuição dos auxiliares de enfermagem masculinos, passíveis de serem entrevistados, em unidades**

Área	Unidade	A2001*	A/T	(%)
Clínica Médica	Posto 4#B2: gastroenterologia	1	1/17	<b>5,88</b>
Obstetrícia	Centro obstétrico	2	2/26	<b>7,69</b>
Obstetrícia	Posto 2#D: gestação de alto risco	1	1/11	<b>9,09</b>
Cirurgia	Posto 1#C: cirurgia geral	2	2/18	<b>11,11</b>
Clínica Médica	Posto 4#C: pneumologia e cirurgia torácica	2	2/16	<b>12,50</b>
Clínica Médica	Posto 4#B1: neurologia	3	3/21	<b>14,28</b>
Cirurgia	Centro cirúrgico	8	11/74	<b>14,86</b>

\* Contratados até 2001.

A partir desse grupo, as entrevistas se iniciaram pelas áreas com **menor** incidência de profissionais do sexo masculino, percorrendo todas as unidades selecionadas que apresentavam uma porcentagem de profissionais do sexo masculino inferior ou igual a 15%. A escolha de um representante de cada unidade se fundamentou na busca por uma maior representatividade do estudo. Devido a essa grande diversidade entre os depoentes, a pesquisadora sentiu a necessidade em, quando esgotadas as sete unidades, continuar as entrevistas, retomando a unidade inicial e seguindo a mesma ordem anterior.

É importante ressaltar que, durante a realização das entrevistas, verificou-se que a situação real da distribuição dos trabalhadores no hospital nem sempre condizia com aquela apresentada pela listagem fornecida pela Associação dos funcionários do hospital geral, visto que é comum um certo grau de deslocamento dos funcionários entre as unidades do hospital, sem necessariamente requererem a atualização da listagem. Além disso, alguns auxiliares que integravam esse grupo de passíveis de entrevista, ao serem contatados, encontravam-se afastados de suas atividades por algum motivo, não compareceram à entrevista marcada ou não aceitaram participar do estudo. Totalizaram-se 12 funcionários entrevistados de um total de 19 que preenchiam as condições previamente estabelecidas.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, por meio de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B). Os encontros ocorreram na sede social da Associação dos funcionários, em horário outro que não o dos turnos de trabalho, já que se primou pelo não-afastamento dos profissionais de suas tarefas cotidianas. Os depoimentos foram gravados, com a aquiescência dos entrevistados, e, posteriormente, transcritos.

A análise de conteúdo, segundo uma adaptação da proposta de Laurence Bardin (1988) ao contexto de pesquisa deste projeto, compreendeu três fases: (1) pré-análise; (2) descrição analítica do conteúdo e (3) interpretação do conteúdo.

No primeiro momento, ocorreu a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e uma leitura repetida dos depoimentos transcritos e impressos, a fim de tomar conhecimento do material produzido nos encontros. Nesta fase pré-analítica, determinou-se a palavra-chave ou frase, a unidade de contexto, os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos que orientariam a análise. O segundo momento consistiu na transformação do material coletado em unidades de significado, através de uma codificação específica, até a transformação dessas unidades em categorias, que abarcavam a especificação do tema. No terceiro momento, houve a descrição das categorias evidenciadas e sua interpretação frente ao referencial teórico, bem como a revisão dos objetivos do estudo e das questões norteadoras, a fim de se verificar se os mesmos haviam sido totalmente contemplados.

## **3 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

### **3.1 Caracterização da instituição**

O estudo foi realizado por meio da Associação dos funcionários de um hospital geral. Essa Associação teve início em 1976, quando um grupo de funcionários sentiu a necessidade de uma maior união para suprir as carências na área assistencial e resolveu organizar uma Associação dos funcionários, que vem proporcionando uma maior integração entre os empregados e se mostra interessada na melhoria da qualidade do trabalho no ambiente hospitalar, bem como da interação entre os diversos profissionais que trabalham no interior do hospital.

O hospital ao qual a Associação mantém vínculo se caracteriza como uma organização de grande porte, que se organiza como uma Sociedade de Economia Mista e presta atendimento médico assistencial primário, secundário e terciário à população em geral, disponibilizando atendimento nas seguintes especialidades: Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vasculuar, Clínica Médica, Dermatologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Endocrinologia, Cirurgia Plástica, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Obstetrícia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Coloproctologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Além de um Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento, possui equipamentos para atuação em Medicina Nuclear, Radiologia, Anatomia Patológica, Ecografia, Endoscopia, Ergometria, Fisioterapia, Laboratório, Quimioterapia, Hemodinâmica, Patologia Clínica, Gasometria, Banco de Sangue, Hemodiálise, Fisioterapia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Tomografia

Computadorizada e Litotripsia. Estas áreas estão distribuídas em postos de atendimento, sendo que um posto pode disponibilizar atendimento em mais de uma área médica.

Tal instituição conta com um total de 3.341 funcionários, atuando em uma área de 43.030 m<sup>2</sup>, com 850 leitos. No mês de dezembro de 2003, houve 41.709 consultas programadas e 35.056 em caráter emergencial; no mesmo período, realizaram-se 1.308 cirurgias e 379 partos.

### **3.2 Descrição da categoria funcional**

Atualmente, os 1.054 auxiliares de enfermagem da instituição estudada correspondem a 31,26% do seu quadro funcional. Destes, 903 são do sexo feminino (85,68%) e 151 são do sexo masculino (14,32%).

A seleção dos auxiliares de enfermagem se dá por meio de classificação em processo seletivo público, com provas de língua portuguesa, matemática e conhecimentos específicos, inerentes ao cargo. Esse processo seletivo é previamente organizado de acordo com as necessidades das unidades do hospital, definindo-se o número de novos profissionais que cada setor receberá.

Após a classificação no processo seletivo, algumas unidades especificam critérios adicionais para a distribuição dos classificados, tais como experiência anterior e sexo<sup>9</sup>, sendo a decisão final em relação à aceitação da vaga em determinado setor, competente ao selecionado. Durante a realização das entrevistas verificou-se que ocorrem muitos ‘empréstimos’ de funcionários, que devido à pertinência em alguma categoria específica (entre elas, sexo), são convidados a integrarem outra unidade, apesar de não constarem na listagem como pertencente àquela área/setor em questão.

---

<sup>9</sup> De acordo com informações repassadas pela Associação, algumas áreas tradicionalmente preferem profissionais dos sexos masculino ou feminino. Ultimamente, a maior incidência de requisição de profissionais do sexo masculino tem sido por parte da unidade de Emergência, enquanto a Obstetrícia é a área que mais tem requisitado profissionais do sexo feminino. A divisão sexual nas unidades também pode acontecer por incentivo dos próprios trabalhadores, visto que, normalmente, os auxiliares do sexo masculino preferem trabalhar em unidades que não sejam relacionadas à ginecologia e obstetrícia, pediatria e neonatologia.

Os contratados passam por uma recepção institucional (palestras) que visa esclarecer sobre o funcionamento do hospital. Após sua realocação nas devidas unidades, é dado um treinamento específico, onde é disponibilizado um manual de rotinas da unidade.

### **3.3 Descrição dos participantes**

Os auxiliares de enfermagem em atividade durante a realização da pesquisa, com experiência mínima de três anos na função, foram contratados no período de 1967 a 2000.

Em relação aos turnos de trabalho, temos que, dos 82 auxiliares de enfermagem do sexo masculino, 24 (29,27 %) trabalham no turno da manhã (das 6hs às 14hs), 19 (23,17 %) trabalham no turno da tarde (das 14hs às 22hs) e 39 (47,56 %) trabalham no turno da noite (22hs às 6hs).

Quanto à sua distribuição em diferentes setores de trabalho, esses auxiliares encontravam-se como minorias ( $\leq 15\%$ ) nas unidades de centro cirúrgico (8), neurologia (3), pneumologia/cirurgia torácica (2), cirurgia geral (2), centro obstétrico (2), gestação de alto risco (1) e gastroenterologia (1).

É importante lembrar que, no intuito de se contemplar uma maior representação da condição dos profissionais que nos propusemos a estudar, foram selecionados auxiliares que desempenham diferentes funções, em unidades diversas dentro do hospital, e atuantes nos três turnos de trabalho. Quanto à distribuição dos entrevistados em relação aos turnos de trabalho, cinco eram do turno da noite, cinco eram do turno da manhã e dois eram do turno da tarde.

Sete entrevistados informaram que desempenham a mesma função (de auxiliar de enfermagem, não necessariamente na mesma especialidade) em outra instituição que não aquela onde estava sendo realizada a pesquisa. Dois entrevistados afirmaram ter outra atividade além da de auxiliar de enfermagem.

A média etária do entrevistados ficou em torno de 39,91 anos, com idades variando entre 28 e 57 anos. O tempo de serviço médio na profissão foi de 10,5 anos, com tempo mínimo de 3 anos e máximo de 26 anos.

Dos entrevistados, 5 eram casados, 4 eram solteiros, 1 era separado, 1 era divorciado e 1 era viúvo. Três depoentes não tinham filhos, 3 tinham 1 filho, 3 tinham 2 filhos, 2 tinham 3 filhos; mesmo que em algumas situações este(s) não residisse(m) com o pai. Seis entrevistados afirmaram ser responsáveis pelo seu próprio sustento e/ou da família. Cinco entrevistados afirmaram que dividem as despesas com alguma outra pessoa. Dois entrevistados afirmaram receber auxílio da família.

Dez entrevistados afirmaram ter concluído o ensino secundário, sendo que um dos entrevistados tinha o ensino secundário em curso e outro estava realizando curso superior. Um entrevistado afirmou ter iniciado o ensino secundário há algum tempo atrás, desistindo sem concluí-lo. Descrevem-se, a seguir, os participantes<sup>10</sup>:

#### *Adônis*

Casado, 28 anos, 1 filho, com segundo grau completo, parcialmente responsável pelo sustento da família. Desempenha atividades somente no hospital vinculado à Associação, há 3 anos. Trabalha na área de Obstetrícia, pela manhã.

#### *Hefesto*

Solteiro, 29 anos, sem filhos, segundo grau em curso, recebe auxílio da família. Trabalha em outro hospital, mas tem 9 anos de tempo de serviço como auxiliar de enfermagem no hospital vinculado à Associação. Trabalha na área de Clínica Médica, no turno da noite.

#### *Cronos*

Casado, 39 anos, 1 filho, segundo grau completo, responsável pelo sustento da família. Trabalha em outro hospital como auxiliar de enfermagem. Na instituição, já trabalha há 16 anos, na área de Cirurgia, no turno da tarde.

---

<sup>10</sup> Os nomes são fictícios e foram escolhidos ao acaso dentre os deuses mitológicos greco-romanos, por uma opção pessoal da pesquisadora.



*Dionísio*

Solteiro, 57 anos, 2 filhos, segundo grau completo. Parcialmente responsável pelo sustento da família. Trabalha somente no hospital vinculado à instituição, há 25 anos, na área de Cirurgia, no turno da manhã.

*Eros*

Casado, 48 anos, 2 filhos, segundo grau completo, parcialmente responsável pelo sustento da família. Trabalha em outro hospital, também como auxiliar de enfermagem. Na instituição, trabalha há 26 anos. Atualmente, está na área de Obstetrícia, no turno da noite.

*Hades*

Viúvo, 44 anos, 2 filhos, segundo grau incompleto, responsável pelo sustento da família. Trabalha somente no hospital vinculado à instituição há 3 anos, na área de Clínica Médica. Atualmente está no turno da manhã. Desempenha outra atividade profissional que não é a de auxiliar de enfermagem.

*Apólo*

Casado, 47 anos, 3 filhos, segundo grau completo, responsável pelo sustento da família. Trabalha há 3 anos no hospital em questão, na Clínica Médica, atualmente no turno da noite. Trabalha também em outro hospital e tem experiência de 16 anos na profissão.

*Prometeu*

Divorciado, 38 anos, 3 filhos, segundo grau completo, responsável pelo sustento da família. Trabalha no hospital há 4 anos, mas também trabalha em outro hospital. Atua na área de Cirurgia, no turno da manhã.

*Mercúrio*

Solteiro, 29 anos, sem filhos, nível superior incompleto (cursando faculdade de Enfermagem), responsável apenas pelo próprio sustento, recebe ajuda financeira da família. Trabalha no hospital há 3 anos. Atua na área de Clínica Médica, no turno da noite.

*Netuno*

Casado, 34 anos, 1 filho, segundo grau completo, parcialmente responsável pelo sustento da família. Atua na área de Clínica Médica no hospital há 3 anos, no turno da manhã, mas trabalha em outro hospital, em outra especialidade.

*Urano*

Solteiro, 37 anos, sem filhos, segundo grau completo, responsável apenas pelo próprio sustento. Atua na Clínica Médica, há 4 anos, no turno da tarde. Desempenha uma outra função paralela a de auxiliar de enfermagem.

*Saturno*

Separado, 49 anos, 2 filhos, segundo grau completo, parcialmente responsável pelo sustento da família. Atua na área de Cirurgia, há 14 anos no hospital, no turno da noite. Trabalha também em outro hospital.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos dados obtidos, configuraram-se sínteses analíticas baseadas na conjunção do referencial teórico e dos dados empíricos obtidos nos depoimentos. Estas sínteses acompanham as categorias teóricas que sustentam este estudo: a escolha profissional; o estereótipo de gênero; as relações poder/saber no interior do hospital; a relação com os pacientes; e a articulação entre gênero e trabalho.

Conforme Silva (1993), as atividades da Enfermagem se assemelham às atividades das mulheres no mundo privado, o que colaboraria para uma diminuição do *status* social que a profissão tem. A ausência de homens nessas profissões acaba por reforçar tanto uma divisão sexual dentro do hospital, como uma definição da área como feminina e feminilizada.

*“falam que é 'gay', de que é coisa de mulher”* (Adônis).

*“é serviço de mulherzinha, coisas desse tipo”* (Saturno).

Social e culturalmente, a área da Enfermagem não é almejada, inicialmente, por homens, sendo que é comum a idéia de que aqueles que rumam para atividades feminilizadas assim o fazem porque estabeleceram uma identificação de gênero com as atividades desenvolvidas, ou seja, percebem essas atividades como femininas e, mesmo assim, desejam desempenhá-las.

*“Acham meio estranho, até porque tem aquela coisa de que, se escolheu enfermagem, é porque é gay”* (Cronos).

*“Bem, isso já faz muito tempo. [pausa] Pra te ser bem sincero, já nem sei dizer porque escolhi essa profissão. Acho até que não escolhi, foi uma coisa que acabou acontecendo” (Netuno).*

Porém, segundo os depoimentos, fica claro que a profissão de auxiliar de enfermagem é escolhida por oferecer uma estabilidade no emprego, além de outras garantias inerentes à profissão. Esses mesmos fatores são citados para explicar a manutenção dos trabalhadores do sexo masculino nessa área.

*“Assim, se eu parar pra pensar, acho que eu não escolhi a "profissão" propriamente. (...) Me disseram que esse era um bom mercado de trabalho, porque dava pra fazer concurso público, tinha estabilidade, garantias do governo. Aí, me interessei, né?!” (Adônis).*

*“Minha mãe era auxiliar de enfermagem num outro hospital e isso me influenciou bastante. (...) Aí ela que me sugeriu que fizesse um curso de auxiliar de enfermagem” (Hades).*

O caráter diferencial ao se integrar um ambiente profissional feminilizado, bem como exercer uma atividade socialmente desvalorizada, fica evidente quando os entrevistados relataram que a aceitação da escolha profissional por parte de familiares e amigos nem sempre ocorre de uma maneira natural. Em diversos depoimentos o verbo ‘acostumar’ mostra que a aceitação só se dá perante a inevitabilidade da situação.

*“... no começo, eu mesmo fiquei meio assim, de o que os outros iam pensar, porque, sabe, não é uma coisa comum. Mas, depois, **acostumei**” (Adônis).*

*“Bem, meu pai não gostou muito. Agora acho que já se **acostumou**” (Hades).*

A divisão sexual nas tarefas dos trabalhadores no interior do hospital é perpassada pela noção de cuidado como atividade feminina, comparando o trabalho da Enfermagem com o trabalho doméstico (Lopes, 1996a), como se constata nos depoimentos relatados. O ato de cuidar está intimamente ligado às mulheres, pois se entende que essa atividade vem sendo por elas desempenhadas ao longo dos anos, em suas atividades domésticas.

Embora não apareça claramente que os entrevistados entendam que a profissão é estereotipada, as características atribuídas à profissão de auxiliar de enfermagem são normalmente associadas às mulheres. Essa é uma das causas de desvalorização da profissão, pois o ato de cuidar é entendido como algo naturalmente inerente ao sexo feminino, ao invés de ser uma característica desenvolvida por meio de treinamento, o que seria mais valorizado pela sociedade atual.

Conforme Daniele Kergoat (1996), os papéis sociais de homem e mulher são construções sociais. Na nossa cultura ocidental, a mulher é designada como ‘sexo frágil’, cabendo a ela atitudes passivas, com facilidade no trato interpessoal, docilidade, entre outras.

*“O auxiliar tem que ser uma pessoa pacienciosa, atenciosa e com muita empatia ao lidar com as pessoas”*  
(Hades).

*“O auxiliar tem que ser uma pessoa simpática e querida por natureza, que tenha um tato especial pra lidar com as pessoas, que tenha facilidade de relacionamento com os outros, que demonstre confiança, carinho, amizade”*  
(Eros).

Spence (1985) ainda chama atenção ao fato de que se atribui uma grande importância às expectativas sociais desenvolvidas em conformidade com os estereótipos sexuais, os quais determinam os atributos e comportamentos típicos para cada sexo. Por isso, dos homens, espera-se que desempenhem atividades ligadas à força, ao controle, ao gerenciamento. As mulheres, por outro lado, iniciaram-se em profissões que de certa forma recriam suas atividades na esfera privada, tais como a Enfermagem e o Magistério.

No caso da Enfermagem mais especificamente, a dicotimização entre tratar e cuidar define espaços territoriais dos personagens que trabalham no interior do hospital (Fonseca, 1996), atribuindo aos médicos as glórias pela cura, enquanto aos enfermeiros fica relegada a ação de cuidar, que é vista como algo inferior no processo de tratamento, especialmente aos auxiliares de enfermagem. De uma forma geral, a cura é impregnada de misticismos, enquanto o cuidado é entendido como um ato simples, desprovido de grandes treinamentos, que naturalmente pode ser exercido por qualquer indivíduo que pertença ao sexo feminino.

Assim, a desvalorização social da profissão contribui para isso, visto que a área é entendida como feminina, pois relacionada ao cuidado. Quem tem familiares ou amigos que acham que o auxiliar poderia ter tido uma melhor profissão, não entendem sua escolha.

*“É certo que não é uma profissão muito valorizada socialmente. Tem sempre aquela coisa de que tu és um auxiliar do médico, um coadjuvante dentro do hospital (...) Se alguém entra no hospital doente e sai bom, foi o médico que curou!” (Hades).*

Somente quem acredita que está numa profissão que é destinada a quem pertence a uma classe social superior à sua é que está contente, não com a profissão em si, mas com o fato de ter conseguido alguma ascendência na escala social. Nesse caso, o fator sócio-econômico acaba tendo um valor maior do que àquele dado aos estereótipos sociais relacionados às profissões. A profissão de auxiliar de enfermagem se mostra acessível a indivíduos das camadas sociais média e baixa e trabalhar na área da saúde confere uma positividade no convívio social:

*“Pra mim, isso foi uma vitória, porque venho de uma família bem pobre. Então, ser um auxiliar de enfermagem, trabalhar aqui no hospital, ter esse emprego aqui, puxa, é uma baita conquista” (Netuno).*

Alguns entrevistados relataram uma preocupação em mostrar sua conduta heterossexual no ambiente profissional, sendo que o entendimento desses profissionais como desviantes daquela referência definida por Louro (2000), seria mais um agravante a sua condição profissional já desprivilegiada, visto que já se encontram no exercício de uma profissão feminilizada, enquanto como homens poderiam ter escolhido outras áreas, exercendo atividades a eles social e culturalmente esperadas, relacionadas com a força física, o poder, o controle.

*“Então eu entrei e logo sabiam que eu tinha namorada” (Eros).*

As relações entre os auxiliares de enfermagem se caracterizam por uma polarização entre a maioria e a minoria, conforme apontou Kanter (1977a, 1977b) em seus estudos. Percebe-se, claramente, uma divisão entre homens e mulheres, que se agrupam preferencialmente entre si.

*“(...) com os médicos a gente conversa, de vez em quando. Assim, aquelas coisinhas de ‘Como é que tava o jogo ontem?’, ‘Teu time tá mal, hein doutor?’ (Adônis)*

*“(...) as gurias têm os papos delas, as coisas delas, que elas querem comentar e que a gente não quer ficar ouvindo ou dando palpite” (Adônis).*

Enquanto Kanter (1977b) entende que a diferenciação entre dominantes e dominados se origina a partir dos dominantes, Heikes (1991) acredita que, em algumas situações, ela pode partir dos próprios *tokens*. Essas situações seriam aquelas em que, de alguma forma, os *tokens* se sentem social ou culturalmente privilegiados em relação aos dominantes e, por isso, incentivam uma segregação. No interior da Enfermagem, os auxiliares de enfermagem do sexo masculino muitas vezes entendem que se encontram numa situação privilegiada dentro da dinâmica do grupo, seja porque:

- são homens, e simplesmente por essa característica já se encontram social e culturalmente em vantagem em relação às colegas de trabalho;
- é inevitável uma identificação maior com profissionais atuantes em profissões, social e culturalmente mais valorizadas, como a Medicina;
- sua força física facilita o desempenho de várias tarefas, o que os coloca numa situação privilegiada, de destaque dentro da dinâmica de trabalho do grupo, no interior do hospital.

Os *tokens*, por serem do sexo masculino, que social e culturalmente é mais valorizado do que o sexo feminino (Louro, 2000), tendem a ser os responsáveis pela diferenciação entre dominantes e dominados. O destaque que os auxiliares de enfermagem recebem, em alguns setores, devido a características específicas relacionadas com a categoria sexo, tais como força física e trabalho à noite, muitas vezes pode contribuir para que os próprios auxiliares,

enquanto *tokens*, se isolem e intentem reforçar as diferenças existentes. Essa situação é reforçada pela maior identificação que eles mostram com os médicos, que são mais valorizados tanto no interior do hospital, como na sociedade como um todo, gerando um isolamento por parte dos auxiliares do sexo masculino, em relação às suas colegas:

*“... com os médicos a gente conversa bem mais, porque acho que tem uma identificação bem maior”* (Adônis).

*“Muitas vezes, me parece que a relação com os médicos é bem melhor do que com o pessoal da enfermagem. Há mais entrosamento com eles do que com minhas próprias colegas”* (Hades).

Kanter (1977a, 1977b) entende que esse isolamento acaba proporcionando um detrimento para os *tokens* de um eventual ‘treinamento’ informal que possa ocorrer fora do ambiente de trabalho. As relações que acontecem fora do ambiente de trabalho também têm importância na formação profissional dos indivíduos, visto que se estabelecem trocas informais entre colegas de profissão, onde se pode esclarecer dúvidas, trocar experiências e tecer comentários informais a respeito da profissão e do ambiente profissional, em que os colegas homens são excluídos.

*“Muitas vezes, a gente vê que elas fizeram alguma coisa juntas no fim de semana. Nem nos convidam. Tudo bem que, às vezes, é programa de mulher: passear em shopping, chá de fralda, chá de panela, manicure, essas coisas. Mas muitas vezes, é uma coisa que podiam nos convidar. Mas até parece que nem fazem questão, sei lá”* (Cronos).

Dessa forma, o isolamento social que apareceu nos depoimentos diz respeito aos modelos de interação verbal histórica, social e culturalmente definidos como femininos e masculinos. A não participação dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino nas conversas consideradas social e culturalmente como femininas pode os colocar numa situação de desvantagem. É na dinâmica de tais relações que Meyer (1996) acredita que se produzem os saberes e se estruturam os campos possíveis de ações dos sujeitos. Muitos respondentes comentaram da sensação de exclusão que sentiam durante as conversações das colegas femininas:



*“É assim, aquelas coisas de, chega uma, aí tem livrinho da Avon, aí já comentam. A gente [ele e os outros dois enfermeiros homens que trabalham no mesmo turno na unidade] só fica olhando” (Adônis).*

Apesar dos vínculos de amizade e a maior concentração de homens em determinadas especialidades da Enfermagem diminuir um pouco essa sensação de segregação e isolamento, os respondentes ainda assim se sentiram isolados. Assim, embora a performance dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino não se mostre prejudicada pelo isolamento social ao qual eles estão submetidos, é inevitável notar que eles se apresentam em desvantagem quanto a essa característica, em relação às auxiliares mulheres.

Quando inseridos em uma especialidade que apresente maior concentração de homens no interior da Enfermagem, eles relatam um maior conforto no ambiente de trabalho, decorrente da maior integração social, que colabora para as trocas entre colegas.

*“Eu gosto de trabalhar aqui porque tem mais homens. Quando eu trabalhava no [citou o nome do hospital], eu era o único homem no meio de um monte de mulheres, então eu não tinha nenhum amigo mais chegado. Aqui, que tem mais homens, é diferente” (Netuno).*

*“Não só pros homens muda [falando sobre o relacionamento entre os auxiliares quando o grupo tem menos disparidade entre homens e mulheres]. O grupo todo, de uma forma geral muda. A comunicação entre a gente então, muda totalmente. Não fica tanto aquela coisa de grupinhos de mulheres e tu ali isolado. Todo mundo parece que fica mais ligado a todo mundo, sem diferença só porque é homem ou mulher” (Urano).*

Dois outros respondentes comentaram:

*“Eu queria ter mais colegas homens. Principalmente por causa da companhia, do companheirismo” (Prometeu).*

*“Por exemplo, tem coisas que mulher quer comentar com mulher e homem quer falar com homem. Não dá pra falar tudo. Eu fico à vontade, afinal eu, os outros dois e as gurias aqui, quase todas, já trabalhamos há um tempão, juntos aqui. Mas eu acho que se tivessem mais homens, ia ser um pouco diferente” (Adônis).*

Pereira (1999) comenta que o trabalho pesado tem acompanhado o homem ao longo da sua inserção na história profissional, sobretudo na Enfermagem. Moreira (1995) também ressalta o fato de que na Enfermagem brasileira, ocorreu uma seleção de profissionais do sexo masculino em algumas especialidades. Por isso, os auxiliares de enfermagem do sexo masculino também tenderam a se diferenciar por enfatizarem as diferenças entre o trabalho que eles fazem e o que as mulheres fazem:

*“Tem coisas que elas mesmas pedem pros homens fazerem” (Saturno).*

*“Mas tem umas situações que é preciso, que tem que ter um homem pra ajudar a colocar na cadeira de rodas pra levar pro quarto, por exemplo” (Apolo).*

*“Cada vez parece que tem mais homens na enfermagem aqui, não só pros auxiliares, mas na enfermagem em geral. Isso é porque os homens estão dando conta do recado” (Hades).*

Ainda assim, alguns respondentes, contudo, tenderam a minimizar a diferença entre eles e as auxiliares de enfermagem do sexo feminino, defendendo que ambos são capazes de realizar com competência qualquer atividade inerente à função:

*“Acho que não existe isso que as pessoas pensam de que enfermagem é uma coisa de mulher” (Hefesto).*

*“Isso não existe!!! [falando sobre diferenças entre homens e mulheres na profissão]. É a maior bobagem. Tanto as mulheres como os homens podem ser bons auxiliares. O que vai fazer de uma pessoa um bom profissional é a dedicação, estudo, vontade, gosto pela profissão que ela tem. Isso sim é que vai te diferenciar” (Dionísio).*

*“O trabalho é pra quem sabe fazer. Não basta ser mulher, assim como também não adianta só ser homem pra saber fazer alguma coisa. Eu até acho que umas pessoas têm mais jeito pra uma coisa, e outras têm pra outra coisa. Mas não porque sejam homens ou mulheres. Isso não define nada, não é um dom pra nada” (Mercúrio).*

Assim como previu Heikes (1991), a polarização como resultado da diferenciação entre os grupos aparece de uma forma mista, ao contrário do que propunha Kanter (1977b), isto porque as definições sócio-culturais do poder masculino no contexto mais amplo se interpõem como relevantes.

Uma identificação maior com o profissional cuidador, por parte do paciente, também se estrutura a partir da categoria sexo: os pacientes homens preferem ser atendidos por auxiliares de enfermagem do sexo masculino, ao mesmo tempo que as mulheres preferem ser atendidas por profissionais femininas.

*“Às vezes tem uma paciente que acha estranho, fica meio sem jeito até” (Adônis).*

*“É claro que com os pacientes masculinos existem mais, como vou dizer, tipo mais identificação (...) Quando tu atendes a um paciente masculino é mais fácil de ter papo, comentar alguma coisa de futebol, pra distrair o cara, pra descontrair o clima. Às vezes, com uma paciente é mais difícil de acontecer essa descontração. Não que não ocorra, mas muitas vezes demora mais e depende mais da paciente” (Hades).*

*“Às vezes acontece, e isso não é raro não, hein, de que um paciente pede pra auxiliar: “olha, não dá pra chamar o rapazinho” (Prometeu).*

A articulação entre gênero e trabalho tem sido caracterizada pela visibilidade dos *tokens*, assim como previu Kanter (1977a, 1977b). Quando perguntados se já haviam experimentado algum tipo de incômodo por compartilharem um ambiente de trabalho prioritariamente feminino, 9 dos 12 respondentes comentaram que o único incômodo era o aumento da visibilidade. Dois dos entrevistados descreveram situações semelhantes:

*“Quando ocorreu a troca de chefia, a enfermeira-chefe chegou no andar já sabendo o meu nome. Nós éramos um grupo de cerca de 20 pessoas e eu era o único homem. E ela chegou já sabendo o meu nome!” (Mercúrio).*

*“De todo mundo no bloco, qualquer um sabia quem eu era, e isso porque eu sou homem. É como se você andasse com um cartaz pendurado no pescoço. Pra mim, isso é horrível, porque eu detesto ser o centro das atenções” (Dionísio).*

Como Kanter (1977a, 1977b) predisse, aumentar a visibilidade pode criar uma certa pressão sobre a performance dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino.

*“Todo mundo no trabalho sabe quem eu sou... aí, se você não faz um trabalho bom, ou pior, se faz alguma coisa errada, todo mundo vai saber e vai passar de boca em boca e todo mundo vai saber quem fez, porque é fácil de te apontarem o dedo, de te indicarem e reconhecerem, porque tu és o único homem lá. Se uma das gurias faz qualquer coisa, quando a gente vai comentar, as pessoas dizem ‘bah, não sei quem é’ e não tem nenhuma coisa que tu possa falar que vai apontar, é esta ou aquela” (Hefesto).*

Essa situação pode aumentar o desconforto experimentado pelos tokens no ambiente de trabalho. Os problemas, neste contexto, nascem de relações conflituosas. De um lado, encontra-se a pessoa e sua necessidade de prazer; e do outro, a organização do trabalho, que tende à instituição de um automatismo e à adaptação do trabalhador a um determinado modelo. Aqui, essa organização é evidenciada pela visibilidade do auxiliar de enfermagem do sexo masculino. O aumento da visibilidade de um profissional pode despertar-lhe a necessidade de agir como esperam que ele aja, dentro das atitudes social e culturalmente construídas e atribuídas a uns e outros.

Heikes (1991) comenta que, diferentemente das mulheres em situação de minoria numérica, os homens tendem a não tentar suavizar essa visibilidade. Ao invés disso, eles respondem exagerando suas ações, normalmente de uma forma positiva:

*“Por alguma razão, elas (outras colegas de enfermagem) pensam que um auxiliar homem faz um IV melhor do que ninguém. Isso faz a gente se sentir muito bem. Todo mundo olha pra ti e acha isso e, quando precisam, pedem ‘vem cá fazer isso que tu é bom nisso’, ‘vem cá nos ajudar!’” (Eros).*

*“O fato de tu ser homem, e são poucos no meu setor, faz com que a gente se una, mesmo que sem querer, sem combinar nada, quase que inconscientemente, sei lá. Todo mundo se puxa pra não deixar furo. Tipo, vamos mostrar que somos bons. (...) Aí que me esmero, que quero fazer tudo certinho, porque sei todos os olhos estão voltados pra mim” (Prometeu).*

De qualquer forma, pode-se entender que os auxiliares de enfermagem do sexo masculino se percebem como mais visíveis no ambiente de trabalho exclusivamente por serem homens. Assim, eles experimentam uma pressão sob sua performance, respondendo por meio da valorização exagerada do seu desempenho nas tarefas. Contudo, verifica-se que não existe um mal-estar por parte dos trabalhadores masculinos, ocorrendo, algumas vezes, um sentimento de superioridade em relação às colegas, principalmente devido à necessidade do uso de força física em algumas atividades, intrínsecas à profissão de cuidado e assistência ao paciente. Além disso, a possibilidade de jornadas em mais de um estabelecimento, juntamente com garantias concedidas à classe, oferece uma melhoria na renda, o que garante um grau de satisfação com o trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todo o mundo, a Enfermagem se caracteriza como uma área prioritariamente ocupada por mulheres, consequência de um encaminhamento seletivo de profissionais do sexo feminino para espaços que recriam o ambiente doméstico, onde a mulher já estava acostumada a atuar, como é o âmbito do cuidado e atenção à saúde dos enfermos. Contudo, apesar de se tratar de um ambiente feminilizado e, ou seja, desvalorizado social e culturalmente, o número de homens que procuram essas atividades tem aumentado progressivamente.

Este estudo focalizou as experiências e vivências dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino em exercício num espaço de trabalho majoritariamente feminino, no intuito de identificar como se processava a articulação entre as categorias gênero e trabalho. Percebe-se que o aumento de profissionais do sexo masculino, bem como sua manutenção no exercício de uma profissão feminilizada, se deve pela segurança, estabilidade e garantias que a área oferece. Ocorre uma resistência na aceitação da escolha profissional desses homens por parte dos familiares e amigos, sendo menor quando se trata de indivíduos oriundos de uma classe social baixa, para os quais a inserção na área significa ascensão na escala social.

As atividades da prática em Enfermagem, principalmente no que diz respeito àquelas desempenhadas por auxiliares no interior do hospital, estão diretamente relacionadas com o cuidado e a atenção à saúde. Partindo-se de uma dicotomia existente entre o cuidar e o curar, sendo esse último muito mais valorizado e relacionado com a área médica, ocorre uma desvalorização da profissão, exatamente pelo vínculo que estabelece com o cuidado humano. Por isso, é comum que o profissional do sexo masculino, quando inserido nesse ambiente

feminilizado, mesmo integrando a categoria de auxiliar de enfermagem, evite exercer aquelas atividades mais relacionadas ao cuidado do paciente. Dessa forma, ao auxiliar de enfermagem do sexo masculino, cabem aquelas atividades relacionadas ao uso da força física ou o trabalho noturno, o que reforça as expectativas sobre os estereótipos sexuais para o sexo masculino existentes na sociedade.

Essa divisão que ocorre no interior da profissão, colocando homens a trabalharem em atividades relacionadas à força física; enquanto as mulheres atuam no cuidado dos enfermos, muitas vezes é incentivada pelos próprios auxiliares masculinos, visto que, apesar de se constituírem como minoria, eles acreditam usufruir uma condição superior em relação às mulheres, tanto porque se relacionam mais com os médicos, que são socialmente mais valorizados, como porque as atividades a eles relegadas não podem ser exercidas por elas.

Todavia, isso provoca a não participação em algumas atividades tidas como femininas, o que propicia o processo de aprendizagem informal que ocorre em encontros fora do ambiente profissional. Por esses encontros caracterizarem-se como atividades femininas – chás-de-panela e chás-de-fralda – eles ficam à parte desse convívio com as colegas, onde também se tratam de assuntos relacionados à profissão, ocorrendo uma troca de experiências.

Além disso, essa situação também provoca um aumento da visibilidade desses profissionais dentro do grupo. Uma vez mais visíveis, eles sentem a necessidade de exercer melhor as tarefas, ocorrendo um constante policiamento quanto ao seu próprio desempenho profissional. No entanto, essa visibilidade é avaliada como positiva pois é reconhecida como atributo de valorização.

Em relação aos pacientes, os respondentes afirmaram que existe uma identificação natural entre os profissionais e os pacientes do mesmo sexo. Da mesma forma, um sentimento de estranheza pode existir quando o profissional masculino tem que prestar cuidado a uma paciente feminina, sobretudo em especialidades femininas como ginecologia e obstetrícia. Isso faz com que o profissional se segregue mais ainda em atividades relacionadas à força física, reforçando a estereotipização configurada pelo social.

Em síntese, respondendo as questões norteadoras que pautaram esse estudo, constata-se uma articulação entre as categorias gênero e trabalho que se expressa na identificação de

algumas funções como femininas ou masculinas, segundo estereótipos de habilidades femininas ou masculinas necessárias ao seu exercício. A função de 'cuidar' enfermos é identificada como feminina, visto as características naturalmente atribuídas às mulheres.

A inserção dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino se dá pela estabilidade de emprego que a área oferece; entre pessoas de camadas sócio-econômicas mais baixas, representa, também, ascensão social visto a valorização conferida à área da saúde. Apesar da opção profissional causar certa estranheza no grupo social, pois associada à homossexualidade masculina, os auxiliares de enfermagem masculinos se mantêm na função e procuram expressar condutas heterossexuais explícitas e realizar tarefas associados ao masculino como as que exigem força física. Constata-se uma divisão sexual das tarefas e no atendimento de pacientes. Os auxiliares de enfermagem masculinos pouco participam das relações informais que se dão fora do ambiente de trabalho, principalmente quando se configuram como encontros femininos. Verifica-se, também, um aumento da visibilidade dos auxiliares de enfermagem masculinos no contexto de trabalho e uma assimilação dos estereótipos socialmente definidos como masculinos, tal como o uso da força física nas tarefas. Portanto, características identificadas por Heikes (1991) como próprias às minorias, quando do sexo masculino.



## REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- ALMEIDA, M. C. P. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ANDRADE, M.L.A.G. A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero. In: OLIVEIRA, E.M.de (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. p. 21-42.
- ANTUNES, J.L. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BEM, S.L. Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. **Psychological Review**, n. 88, p. 354-364, 1981.
- BORGES, M. V. A enfermagem e os serviços básicos de saúde. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Manaus: Aben, 1981. p.49-60.
- BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.28-40.
- \_\_\_\_\_. Conferência do Prêmio Goffman: A dominação masculina revisitada. In: LINS, D. **A dominação masculina**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1988. p.11-27.
- BROWN, B.; NOLAN, P.; CRAWFORD, P. **Men in Nursing: Ambivalence in care, gender and masculinity**. Disponível em <http://www.academicarmageddon.co.uk>, acessado em fevereiro de 2003.
- BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio Reis Livraria, 1994.
- CHANLAT, J.F. **O indivíduo na organização – dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996.
- CODO, W. **O que é alienação?** São Paulo: Brasiliense, 1991.
- D'AMORIM, M.A. Papel de gênero e atitudes acerca da sexualidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 71-83, 1989.
- DESOUZA, E.; BALDWIN, J.R.; ROSA, F.H.da. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n.3, 2000. p.28-37.
- EIZIRIK, M. **Michel Foucault: um pensador do presente**. Ijuí, RS: Ed. UNIJUÍ, 2002.
- FONSECA, T. M. G. De mulher à enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- HEIKES, J. When men are the minority: The case of men in Nursing. **The sociological Quarterly**, v. 32, n. 3, p. 389-401, 1991.
- KANTER, R. **Men and women of the corporation**. New York: Basic Books, 1977a.

\_\_\_\_\_. Some effects of proportions on group life: skewed sex ratios and responses to token women. **American Journal of Sociology**, v. 82, n. 5, p.965-990, 1977b.

KATZ, P. A. Gender identity: Development and consequences. In: ASHMORE, R.D.; DEL BOCA, F.K. (orgs.). **The social psychology of female-male relations: A critical analysis of central concepts**. New York: Academic Press, 1986, p. 21-67.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19-27.

KOHLBERG, L. A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: MACCOBY, E.E. (org.). **The development of sex differences**. Stanford: Stanford University Press, 1966, p. 82-173.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LIMA, M. J. de. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LOPES, M.J. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153-188.

\_\_\_\_\_. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade dos trabalhadores do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p. 55-62.

\_\_\_\_\_. O sexo do hospital. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b. p. 76-105.

LOURO, G. L. Corpo, Escola e Identidade. **Educação e Realidade**, v. 25, n. 2, 2000. p.59-76.

MACKINTOSH, C. A historical study of men in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, n.26, 1997. p. 232-236.

MEYER, D. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.

MICHAELLIS, H. **Minidicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

MICELI, S. In: BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MISCHEL, W. A social learning view of sex differences in behavior. In: MACCOBY, E.E. (org.). **The development of sex differences**. Stanford: Stanford University Press, 1966, p. 56-81.

MOREIRA, A. Desmistificando a origem da enfermagem. In: GEOVANNI, T. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p.56-112.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

- OLIVEIRA, E.M.de. Gênero, Saúde e Trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E.M.de (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. p. 65-89.
- PEREIRA, A. **O cotidiano profissional do enfermeiro**: das aparências às diferenças de gênero. Tese (Doutorado) em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- PEREIRA, R. C. J. Cuidando, ensinando, pesquisando. In: LOPES, M.J; WALDOW, V.R; MEYER, D. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.189-203.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PITTA, A.M. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- RIBEIRO, H. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. **Educação e realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., p. 71-99, 1995.
- SILVA, M. A. D. da. **A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?** Porto Alegre, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- SIQUEIRA, M.J.T. A construção da identidade masculina: alguns pontos para discussão. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n.1, 1997. p.18-25.
- SPENCE, J.T. Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. In.: MAHER, B.A. (org.). **Progress in experimental personality research**, v. 13, p.1-97. New York: Academic Press, 1984.
- \_\_\_\_\_. Gender identity and its implications for the concepts of masculinity and femininity. In: SONDEREGGER, T.B. (org.). **Nebraska Symposium on Motivation: 1994** (vol. 32, p. 59-95). Lincoln: University of Nebraska Press, 1985.
- TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.
- TREVIZAN, M.A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: UNB, 1988.
- WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificado da enfermagem. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. (orgs.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.
- WRIGHT, C.; HEARN, J. **Nursing women's history and the politics of welfare**. [s.l]: University of Nottingham, 1993.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A – Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO

A trajetória histórica de constituição do espaço hospitalar como organização contemporânea de trabalho revela uma progressiva divisão de tarefas e sua profissionalização. Nesse processo, evidenciou-se uma divisão sexual de tarefas, sendo o espaço da Enfermagem ocupado preferencialmente por mulheres. Esta pesquisa tem como objetivo investigar como se constituem as relações de gênero dos auxiliares de enfermagem do sexo masculino no interior do hospital.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado dos objetivos da pesquisa e de que ela será realizada através de uma entrevista. Informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Sei também que as informações sobre a minha pessoa serão mantidas em sigilo, pois só serão divulgados dados gerais e ninguém será identificado nominalmente. Fui informado de que, caso desista da participação nessa pesquisa, deverei avisar a pessoa responsável, Sara Wainberg, assim como qualquer situação imprevista que venha ocorrer. Os contatos com a responsável pela pesquisa podem ser feitos através do telefone (51) 9999.7319.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

---

Participante

---

Pesquisadora

## **Apêndice B – Roteiro de Entrevista**

### **ETAPA 1 – Caracterização do entrevistando**

- Idade
- Estado Civil
- Escolaridade
- Tempo de Profissão
- Descrição de tarefas realizadas

### **ETAPA 2 – Escolha da profissão**

- Por que você escolheu esta profissão?
- Você gostaria de ter uma outra profissão? Qual? Por quê?
- O que você gosta e o que não gosta na profissão de auxiliar de enfermagem?

### **ETAPA 3 – Representação da profissão**

- Como seus amigos e familiares comentam sua escolha profissional?
- Você já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação devido a sua escolha profissional? Que tipo? Comente.
- Você já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação por parte dos colegas? Que tipo? Comente.
- Alguma vez, você se sentiu incomodado por ter que compartilhar de um ambiente de trabalho majoritariamente feminino? Em que situação? Por quê?

### **ETAPA 4 – A profissão no interior do hospital**

- Como é sua relação com os auxiliares de enfermagem femininos?
- Como é a sua relação com as outras trabalhadoras femininas do hospital (enfermeiras, técnicas, médicas, nutricionistas, fisioterapeutas, atendentes, etc)?
- Como é a sua relação com os outros trabalhadores masculinos do hospital (enfermeiros, técnicos, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, atendentes, etc)?

### **ETAPA 5 – Projeto profissional**

- Pra você, quais as características da atividade de auxiliar de enfermagem?
- Quais as dificuldades na profissão? Que tipo? Comente.
- Há dificuldades ligadas à variável gênero, ou seja, há dificuldades simplesmente pelo fato de você ser homem? Que tipo? Comente.
- Como é a sua relação com os pacientes femininos?
- Como é a sua relação com os pacientes masculinos?